

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE GAY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Savigny-en-Revermont (S.-et-L.), le 28 Juin 1900

Travail du Service du Docteur LAPOINTE à l'Hôpital Saint-Antoine

A PROPOS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

Ulcères perforés Gastro-Duodénaux

Etude des Statistiques du Service du Dr LAPOINTE
et du Dr LAGOUTTE au point de vue du Traitement des Ulcus
perforés de l'Estomac et du Duodénum
et en particulier des résultats obtenus par la Suture simple

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERRER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOJLLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÖPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. LETULLE, BEZANÇON, MAUCLAIRE, PAUL
MATHIEU, DUJARIER, BAUDET, FUNCK-BREN-
TANO, DE JONG, MATHIEU-PIERRE WEILL,
ROUHIER, BERGERON.

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
D'ANGERS

ET PARTICULIÈREMENT A LA MÉMOIRE DE

M. LE PROFESSEUR MONPROFIT

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ANCIEN MAIRE D'ANGERS

ANCIEN CONSEILLER GÉNÉRAL

ANCIEN DÉPUTÉ DE MAINE-ET-LOIRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR LECÈNE

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse.*

A NOTRE MAÎTRE M. LE DOCTEUR LAPOINTE

*Qui a bien voulu inspirer notre travail
et nous aider de toute sa bienveil-
lante autorité.*

A M. LE DOCTEUR LAGOUTTE

CHIRURGIEN-CHEF DE L'HÔTEL-DIEU DU CREUSOT

*Qui nous a si aimablement permis
d'utiliser sa statistique person-
nelle.*

A NOTRE AMI

M. ALBERT ENGELHARD

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

*Dont nous avons mis à profit les obser-
vations personnelles et la compé-
tence déjà éprouvée sur le sujet.*

Table des Matières

	Pages
Table des matières	10
Introduction	11
Etude statistique, étiologique et anatomo-pathologique...	14
Etude des procédés opératoires.....	31
Procédés de fortune et procédés exceptionnels.....	31
Procédés courants.....	34
La gastro-entérostomie.....	36
Les procédés directs dits radicaux.....	48
La suture simple.....	63
Technique de la suture simple.....	94
Statistique opératoire.....	100
Observations.....	104
Conclusions.....	151

Introduction

Parmi les questions si passionnantes de la chirurgie d'urgence, le traitement des perforations en péritoine libre des ulcus gastriques et duodénaux, a soulevé et soulève encore des polémiques ardentes.

Le mode de traitement présente une importance capitale, non seulement dans les résultats immédiats mais encore dans les résultats tardifs. Aussi les communications et les discussions ont été nombreuses, mais les conclusions restent diverses et il manque souvent dans les études faites l'appréciation des résultats éloignés.

A l'heure actuelle trois doctrines se trouvent en présence.

Pour un grand nombre de chirurgiens l'intervention minima doit être préconisée : c'est la suture simple à laquelle on ajoute une gastro-entérostomie, lorsque le canal pylorique semble trop rétréci pour laisser passer le contenu gastrique.

D'autres font systématiquement après suture de la perforation une gastro-entérostomie ; ils veulent traiter ainsi non seulement la complication mais encore la maladie **ulcéreuse**.

Enfin, partant du même principe, certains avec M. Pierre Duval, pensent qu'à « un ulcère perforé, il convient d'opposer dans le plus bref délai l'exérèse large de la lésion ».

Il nous a semblé intéressant d'examiner les différentes techniques à la lumière des observations fournies par deux centres opératoires : le service du Docteur Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine, et le service du Docteur Lagoutte du Creusot.

Que le Docteur Lagoutte nous permette de le remercier vivement de nous avoir remis si aimablement sa statistique complète, soit seize observations communiquées aux Sociétés savantes, mais encore intéressantes par les résultats éloignés et dix-sept observations inédites.

Nous y joindrons vingt-huit observations également inédites du service du Docteur Lapointe.

Sur ces 28 observations nous avons eu l'honneur d'en prendre 12, et nous avons pu suivre les malades pendant leur séjour à l'hôpital et depuis leur sortie.

Nous avons été frappés de voir les résultats donnés par la suture simple de l'ulcus perforé, technique suivie dans l'immense majorité des cas, et ce sont les avantages de cette technique que nous voulons montrer dans ce travail.

Nous suivrons donc le plan suivant : après une brève étude étiologique et anatomo-pathologique des deux statistiques, nous exposerons les différentes méthodes de traitement et les avantages que leur reconnaissent leurs promoteurs, puis nous étudierons la

suture simple, ses résultats, sa technique et les raisons anatomiques qui semblent militer en sa faveur. Nous examinerons ensuite les critiques qu'on peut lui adresser tant au point de vue du résultat immédiat qu'au point de vue du résultat éloigné.

Etude de la Statistique des deux Services au point de vue Etiologique et Anatomo-Pathologique

Nous avons l'intention, en étudiant les statistiques du Docteur Lagoutte et du Docteur Lapointe, de dégager, des chiffres donnés par les observations, les conséquences pratiques à appliquer au traitement. Qu'on nous excuse si pour simplifier nous nous risquons parfois à faire un essai de pourcentage.

Indications opératoires

Le traitement des perforations gastriques ou duodénales par l'intervention est toujours formellement indiqué, que le malade soit amené tôt ou tard. Il nous a été donné de voir un cas dans lequel la date d'arrivée, l'état du malade déconseillaient presque l'intervention dont on n'attendait aucune modification dans le pronostic. Mais ce cas heureux est une exception, le pronostic immédiat est lié à l'horaire de l'intervention comme il est classique de le mentionner. Le diagnostic posé, le malade doit être opéré le plus tôt possible après le début de sa perforation.

Nous avons fait le tableau récapitulatif des heures d'intervention à dater du début de la perforation. (voir tableau ci-joint), n° 1.

Heures	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Statistique LAGOUTTE	3	4	8	5	2	2			1	1		1		
Statistique LAPOINTE				3		4	3	1	2	2	1	1	2	
Heures	15	16	17		18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Statistique LAGOUTTE						1				1				
Statistique LAPOINTE					1					2	1			
Heures	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40 à 48	
Statistique LAGOUTTE	1								3 cas sans indication d'heure					
Statistique LAPOINTE			1						2 cas datant de 4 jours 1 cas sans indication					

En résumé, en récapitulant le nombre d'opérations faites de la première à la sixième heure, de la septième à la douzième heure, etc., sur nos cas, nous aurons le tableau suivant :

Heures.....	1 à 6	7 à 12	12 à 24	25 à 48
Statistique LAGOUTTE	21	3	2	1
Statistique LAPOINTE	7	10	5	2

La mortalité pour 100 fut la suivante, quel que soit le procédé opératoire :

Heures.....	1 à 6	7 à 12	12 à 24	25 à 48
Statistique LAGOUTTE	13,33 %	33,30 %	100 %	100 %
Statistique LAPOINTE	20 %	14,28 %	33,3 %	50 %
Moyenne.....	16,6 %	23,8 %	66,6 %	75 %

Nota : Dans ce tableau, nous n'avons pas compté sept cas communiqués par notre Maître depuis peu de temps pour notre thèse.

L'étude de nos chiffres montre une progression impressionnante de la mortalité en rapport avec le retard apporté à l'intervention.

Il est vrai qu'on doit ajouter que la gravité est modifiée par d'autres facteurs : siège, calibre de la perforation, septicité et quantité du liquide épanché etc...; néanmoins, l'heure de l'acte opératoire domine le pronostic immédiat.

Or, par comparaison, les heures d'intervention semblent beaucoup plus précoces dans le service du Docteur Lagoutte que dans le service du Docteur Lapointe.

En réalité, les malades urgents du Creusot sont plus rapidement mis en présence du chirurgien que les malades du quartier Saint-Antoine amenés à l'hôpital de leur quartier.

Récemment nous exprimions notre surprise de voir de tels malades arriver si tardivement à l'un de nos maîtres, chirurgien du Bureau central. Il nous répondit que, quel que soit l'hôpital parisien, le plus grand nombre des interventions pour ulcus perforé qu'il avait pratiquées avaient été trop tardives, les malades arrivant pour la plupart au début ou au milieu de la péritonite.

Les causes de ce retard sont les suivantes :

1° Trop souvent le diagnostic de la perforation n'est pas fait en temps utile, c'est-à-dire d'une façon précoce, et pourtant « si le diagnostic de l'ulcus perforé est fait opportunément le pronostic en apparence si redoutable devient en réalité plus bénin ». Le

praticien sauve à peu près à coup sûr la vie de son malade si — avant la dixième ou douzième heure — il le confie au chirurgien. Il laisse mourir ce malade si, en ne traitant que les symptômes, il remet au lendemain la précision du diagnostic ou l'exigence du traitement opératoire ».

Donc chaque heure perdue engage durement la responsabilité du médecin vis-à-vis de son client, mais le diagnostic fait et précocement fait, grâce à la simplicité et à l'évidence dans la plupart des cas et dans les premières heures des symptômes de la perforation gastrique, il faudrait que le médecin hâtât lui-même l'acheminement de tels malades vers l'hôpital et ceci pour la raison suivante :

2° Cette raison, sur laquelle notre Maître, le Docteur Lapointe, insistait dans plusieurs conversations que nous eûmes avec lui, c'est le fait que les ambulances parisiennes ne procèdent pas d'une façon logique au ramassage des urgences. L'ordre suivi est dicté non par la connaissance de la gravité et de l'urgence d'une intervention, mais bien par les hasards d'un itinéraire qui amènent souvent les chroniques bien avant ceux qui bénéficieraient d'un prompt transport.

Donc il faut souhaiter pour nos malades une plus grande précocité dans l'intervention. Il faut s'efforcer de réaliser l'opération immédiate dans les six premières heures, et ainsi les statistiques opératoires présenteront une amélioration considérable.

Étude des Antécédents

Cette étude ne porte malheureusement que sur la moitié de nos cas, soit 27 observations. Ainsi qu'il est classique de le faire, nous diviserons ces cas en trois groupes :

1° Dans un premier groupe la perforation est le premier symptôme en date ; jusque là, l'ulcus était latent, il a présenté une évolution foudroyante.

Sur 27 cas, trois réalisent ce tableau. Les malades n'avaient jamais souffert.

Si nous nous risquons à un essai de pourcentage, nous trouverons un chiffre de 11,1 %, chiffre bien rapproché du pourcentage donné par Schmidt de 11,3 %.

2° Dans un second groupe on réunit les ulcères cliniquement jeunes, ayant une évolution aiguë, aboutissant rapidement à la perforation en quelques jours ou quelques semaines. Dans cette catégorie nous rangeons les cas suivants :

1	malade souffrant depuis.....	2 jours
1	» » »	8 jours
1	» » »	15 jours
2	» » »	4 semaines
1	» » »	8 semaines

Soit 6 cas sur 27, soit 22 %.

3° Dans la troisième catégorie on réunit tous les ulcus chroniques, les malades ayant présenté des

troubles gastriques et des douleurs depuis plusieurs mois ou plusieurs années :

1	malade souffrait depuis	4	mois
1	»	»	6 mois
4	»	»	quelques mois sans spécification exacte de la date de début.
2	»	»	5 ans
1	»	»	7 ans
2	»	»	10 ans
1	»	»	15 ans
6	»	»	longtemps sans précision.

Soit 18 cas sur 27, à peu près 67 %.

Le plus souvent ils avaient été traités médicalement, sauf l'un d'eux qui était porteur d'une gastro-entérostomie faite par M. Ricard. Nous essaierons plus loin de voir si, pratiquement, on peut d'après les antécédents des malades, tirer des conclusions sur la forme anatomo-pathologique de la perforation.

Age des Malades

Quoique la perforation de l'ulcus puisse se présenter à tout âge, elle offre classiquement un maximum de fréquence à l'âge moyen de la vie. Sur 54 perforations nous trouvons les résultats suivants en faisant un essai de pourcentage (en réalité seulement,

48 cas dans lesquels on a mentionné l'âge des patients).

Au dessous de 20 ans.....	1 cas	2 %
De 20 à 30 ans.....	11 cas	22,9 %
De 30 à 40 ans.....	20 cas	41,68 %
De 40 à 50 ans.....	4 cas	8,1 %
De 50 à 60 ans.....	5 cas	10,41 %
De 60 à 70 ans.....	5 cas	10,41 %
De 70 et au-dessus.....	2 cas	4,1 %

Donc, encore que ce soit à l'âge moyen de la vie de 30 à 40 ans que la perforation de l'ulcus est la plus fréquente, il faudra y songer chez des malades présentant un âge avancé. (Nous regrettons de ne pouvoir signaler des cas chez l'enfant).

Le Sexe

Trois femmes sur 61 cas : nous sommes en désaccord avec l'ancienne donnée classique de la fréquence de la perforation de l'ulcus chez la femme.

Causes occasionnelles

Elles ont été rarement signalées, cependant mentionnons un cas de perforation après examen radioscopique ayant nécessité des manœuvres d'exploration douloureuses et la réplétion de l'estomac par de la bouillie barytée, cas semblable à celui que signalait M. Hartmann.

Anatomie Pathologique

Notre intention n'est pas de faire l'étude complète de la perforation de l'ulcus gastrique et duodénal, mais de rapporter les constatations faites au cours des interventions en nous bornant aux éléments qui peuvent intéresser le chirurgien dans la conduite à tenir vis-à-vis d'une perforation.

Nous envisagerons :

1° La perforation :

- a) son siège.
- b) son calibre.
- c) ses bords.

LA PERFORATION :

A) *Son siège* : Sur les 54 cas que nous rapportons le siège a été signalé, mais malheureusement dans quelques cas sans les précisions que nous eussions aimé à trouver.

a) Sur le duodénum :

Une certaine prédominance existe pour l'ulcus perforé du duodénum. On trouve dans notre statistique 32 cas, dont le siège est sur la première portion, et un seul cas au niveau de l'angle de la première et de la deuxième portion.

b) Sur l'estomac :

21 perforations siègent sur la face antérieure de cet organe.

1 perforation sur la face postérieure tout près de la petite courbure et très haut vers le cardia.

Sur les 21 perforations antérieures, neuf siègent très près du pylore et sur le vestibule pylorique.

7 se trouvent sur la petite courbure ; quelques-unes sont très rapprochées du pylore.

1 se trouve sur la face antérieure très près du cardia.

3 sont situées sans spécification exacte sur la face antérieure de l'estomac.

Dans l'immense majorité des cas la perforation est consécutive à un ulcus gastrique ou duodénal, *juxta-pylorique*.

B) Calibre de la perforation :

Suivant les indications données par le protocole opératoire.

a) Sur le duodénum :

33 observations.

Sur ces 33 observations on trouve :

1 perforation de la grosseur d'une tête d'épingle.

4 perforations de la grosseur d'une tête d'épingle en verre.

17 perforations de la grosseur d'une lentille.

2 perforations de la grosseur d'un pois.

2 sans précision (dites petites perforation).

7 sans indication.

Dans les perforations duodénales le calibre est en général petit.

b) Sur l'estomac :

21 observations.

Sur ces 21 observations on trouve :

1 perforation de la grosseur d'une tête d'épingle en verre.

4 perforations de la grosseur d'une lentille.

3 perforations de trois millimètres de diamètre.

1 perforation de la grosseur d'un pois.

2 perforations de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes.

1 perforation de la grosseur d'une pièce de 1 fr.

D'autres sont mentionnées d'une façon très vague.

1 est qualifiée de petite perforation.

1 est qualifiée de perforation très étendue.

1 est qualifiée de perforation très grosse.

3 ne portent pas mention des dimensions.

Cependant nous pouvons conclure malgré toute l'imprécision de cette statistique que les perforations gastriques sont en général plus étendues que les perforations duodénales ; mais qu'il s'agit presque toujours de perforation de diamètre assez minime.

C) Contour de la perforation :

Un autre point aussi important pour l'opérateur, c'est le fait qu'il existe autour de la perforation une réaction inflammatoire faisant perdre plus ou moins la souplesse des tissus environnants une zone d'induration plus ou moins prononcée avec laquelle on

devra compter si on se résigne à faire la suture simple ou suivie de gastro-entérostomie.

a) Sur le duodénum :

Les protocoles opératoires sont souvent peu explicites. Lorsqu'ils se bornent à mentionner la dimension de l'ulcus sans faire mention de difficultés, il faut conclure à la non induration de la lésion.

2 cas sans indication que nous ne comptons pas ;

14 cas sans mention de difficulté pour faire la suture ;

5 cas à bords tout à fait souples ;

2 cas à bords peu indurés ;

1 cas induré sur le bord regardant le pylore ;

6 cas portant la mention de perforation sur masse calleuse ;

1 cas avec une induration sur la surface d'une pièce de 50 centimes ;

2 cas très largement indurés.

Pour l'un de ces cas les fils coupent tous, et on le traite comme le tamponnement ; pour l'autre, la suture est tellement précaire que l'on fait une large épiplooplastie.

En résumé, sur 33 cas on trouve 22 cas où la zone calleuse ne compte pour ainsi dire pas.

7 cas où la perforation se trouve sur une masse calleuse ;

2 cas où l'induration des parois est telle que la suture est impossible pour l'un et pour l'autre com-

plétée par une barrière en plusieurs plans constituée par les épiploons.

En résumé, les perforations duodénales, dans la majorité des cas, ne présentent pas de difficultés à traiter par la suture du fait de l'état des tissus.

b) Sur l'estomac :

3 cas sans indication au sujet de callosité;

5 cas avec induration minime sur le canal pylorique;

10 cas avec induration, large quelquefois comme la paume de la main, soit sur la face antérieure de l'estomac, soit au niveau de la petite courbure.

Une autre question se pose : la zone d'induration n'est-elle pas en rapport avec l'âge clinique de l'ulcus ? Peut-on affirmer qu'un ulcus ancien est en général un ulcus calleux ?

Nous allons essayer d'y répondre par le tableau n° 2.

DATE DE DÉBUT des symptômes précédant la maladie	NOMBRE DE CAS	CARACTÈRE DE LA PERFORATION et dimensions de la zone d'induration
Nuls	3	Dans les trois cas, perforation minime lenticulaire sans induration sur le duodénum.
2 jours	1	Tête d'épingle en verre sans grande réaction des tissus au pourtour sur le duodénum.
8 jours	1	Perforation d'un diamètre comparable à celui d'une pièce de 0 fr. 50, zone indurée large sur l'estomac.
15 jours	1	Perforation lenticulaire, zone indurée de la largeur de la paume de la main sur l'estomac.
1 mois	2	1° Induration minime pour une perforation large de trois millimètres, sans induration sur le duodénum. 1° Induration minime entourant une perforation de trois millimètres de diamètre sur la face antérieure du canal pylorique.
2 mois	1	Ulcus calleux du duodénum.
4 mois	1	Perforation lenticulaire sur la face antérieure du duodénum entièrement indurée.
6 mois	1	Perforation lenticulaire sans induration périphérique sur le duodénum.
Avec l'indication « depuis quelques mois »	3	1° Perforation lenticulaire sur la première portion du duodénum sans induration. 2° Perforation lenticulaire largement indurée sur la face antérieure de l'estomac. 3° Perforation lenticulaire sur le duodénum sans induration.
5 ans	2	1° Perforation lenticulaire sur le duodénum sans indication. 2° Perforation lenticulaire sur le duodénum reposant sur une cicatrice étoilée peu indurée.
7 ans	1	Perforation sur une cicatrice étoilée et souple sur la première portion du duodénum
10 ans	2	1° Perforation sur la première portion du duodénum, versant pylorique induré, versant duodénal souple. 2° Ulcus calleux près de la bouche de gastroentérostomie sur l'estomac
15 ans	1	Perforation de la face antérieure de l'estomac, trois millimètres de diamètre, induration sur la largeur d'une pièce de un franc.

Ce tableau permet de tirer les conclusions suivantes :

1° On ne peut déduire aucune indication morphologique sur la perforation de l'ulcus du fait de l'âge clinique de celui-ci.

2° La morphologie de l'ulcus semble dépendre de son siège beaucoup plus que de la durée de l'évolution clinique.

Epanchement

En général abondant parce que la perforation survient lorsque l'estomac est rempli. Souvent cet épanchement est coloré en jaune verdâtre par la bile, sans que l'on puisse préjuger par sa couleur du siège de la perforation.

Dans le cas de large perforation de l'estomac, on a trouvé parfois des débris alimentaires, ce qui nous porte à penser que le liquide de la perforation de l'estomac, quoique peu septique, est néanmoins plus septique que le liquide duodénal.

Nous n'avons vu nulle part signaler que l'abondance du liquide soit plus grande lorsqu'il s'agit d'une perforation stomacale.

Quoique M. Lagoutte soit d'avis que le pylore se ferme et laisse passer moins de liquide lorsqu'il s'agit d'une perforation duodénale, nous nous permettons de croire que la quantité de liquide trouvée au moment de l'intervention est surtout due à la quantité d'aliments ingérés, à la date à laquelle on

a opéré, au calibre de la perforation, aux couvercles improvisés, formés par les organes avoisinants.

L'étude bactériologique a été faite dans quelques cas trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer des conséquences. La réponse du laboratoire fut toujours négative, aussi bien à l'examen direct qu'après ensemencement.

Nous déplorons la rareté de ces examens, mais nous l'expliquons par la difficulté qu'il y a à faire un tel examen d'urgence et par les conditions qui rendent difficiles les recherches bactériologiques.

Conclusions

Nous pouvons dégager les enseignements suivants :

1° La perforation de l'ulcus duodénal nous semble plus fréquente que la perforation des ulcus gastriques.

2° La perforation des ulcus gastriques semble d'autant plus fréquente qu'on se rapproche davantage du pylore.

3° L'ulcus du duodénum perforé est en général petit, l'orifice est étroit, l'induration sous-jacente en général très limitée, parfois même dans le voisinage de la perforation les tissus ont leur souplesse normale.

4° L'ulcus perforé de l'estomac éloigné du pylore présente un orifice de perforation souvent plus

large, l'induration périphérique est en général plus étendue que dans les cas d'ulcus du duodénum. Il s'agit, le plus souvent d'ulcus calleux.

5° Cependant plus l'ulcus perforé se rapproche du pylore plus il semble perdre ses caractéristiques gastriques pour prendre les caractéristiques de l'ulcus perforé duodénal.

6° L'état des tissus voisins de la lésion semble être fixé par le siège de l'ulcus et non par son âge clinique.

Etude des Procédés opératoires

Nous diviserons les diverses méthodes de traitement de la perforation gastro-duodénale en deux groupes :

1° Les procédés de fortune et les procédés exceptionnels ;

2° Les procédés habituels : suture simple, gastro-entérostomie et les procédés recourant à une excision large.

1° LES PROCÉDÉS DE FORTUNE ET LES PROCÉDÉS EXCEPTIONNELS :

Ces procédés sont nombreux, mais tous extrêmement incertains.

D'après la plupart des auteurs, notamment d'après M. LAGOUTTE, on ne s'y adresse que dans les conditions suivantes :

a) A cause de la forme anatomique de l'ulcus.

b) A cause de l'état du malade.

a) La forme anatomique de l'ulcus empêche le traitement courant.

1° Nature de l'ulcus : l'ulcus perforé présente une zone calleuse très étendue, très friable, les bords de l'ulcus sont minces, déchiquetés, la perforation est large, chaque essai pour passer les fils et les serrer est un échec. La tension est trop forte, les fils coupent.

2° Le siège de l'ulcus : le siège de la perforation est difficilement accessible (ulcus juxta-cardiaque, surtout postérieur), l'estomac est fixé par des adhérences qui rendent l'extériorisation difficile.

b) L'état du malade :

Il est tel, dans ces cas, qu'il faut finir le plus vite possible l'intervention, sans qu'il soit permis d'envisager la possibilité d'un autre traitement.

En général, les conditions précédentes sont réunies lorsqu'on se décide à appliquer ces procédés aléatoires.

Ces procédés ont deux buts :

1° Ils visent à dériver le contenu gastrique hors de la cavité péritonéale ;

2° Ou à aveugler la perforation par un artifice quelconque (obturation).

1° *Dérivation du contenu gastrique :*

Successivement on a rapporté les procédés suivants :

Abouchement de la perforation de l'ulcus à la paroi ;

Gastrostomie indirecte par tube de caoutchouc poussé dans le duodénum en passant au travers de la perforation et entouré d'épiploons ;

Gastrostomie et même jéjunostomie.

Nous en négligeons.

En général, les résultats en sont désastreux, et il nous semble illogique que certains aient voulu faire de quelques procédés aussi précaires la méthode de choix dans le traitement des ulcus perforés.

C'est ainsi que SCHMIDT excise l'ulcère, le suture et fait une gastrostomie chez des malades opérés pour la plupart dans les 12 premières heures !

D'autre part, parmi ces procédés, il en est d'une exécution difficile et on peut voir survenir, si le malade guérit, la persistance d'une fistule gastrique tellement grave (à cause de la dénutrition) que la cure en semble difficile.

Or, dans nos statistiques nous ne relatons aucune intervention de ce genre.

2° Obturation de la perforation gastrique :

On cherche à aveugler la perforation soit en suturant l'ulcus à un organe voisin, soit en fermant la perforation par un bouchon épiploïque. Enfin, le tamponnement avec drainage de la cavité péritonéale semble encore être le plus souvent pratiqué. C'est à ce dernier procédé que M. LAGOUTTE a eu recours dans quatre cas désespérés. Les résultats en ont été malheureux.

Quel que soit le temps écoulé entre la perforation et l'intervention, quel que soit le mauvais état général du malade, à moins que ce soit un moribond, — et c'est fréquent dans les cas tardifs et aussi dans certains précoces avant la 12^e heure — il faut, le plus que l'on peut, proscrire tous procédés de fortune. Mais pratiquement on sera obligé de les appliquer à son corps défendant et en désespoir de cause.

II. LES PROCÉDÉS COURANTS DE TRAITEMENT DE L'ULCUS PERFORÉ.

On divise ordinairement ces procédés en deux ordres :

I. — Les procédés directs ou d'éradication dans lesquels on place :

a) L'excision ;

b) La thermocautérisation de l'ulcus.

Ces deux procédés peuvent être suivis ou non d'une gastro-entérostomie complémentaire, quelquefois, mais plus rarement, pour les ulcus prépyloriques ou pyloro-duodénaux d'une pyloroplastie.

c) Les résections larges.

1^o La résection en selle pour l'ulcus de la petite courbure avec ou sans gastro-entérostomie.

2^o Gastro-pylorectomie avec ses nombreux procédés.

II. — Les procédés indirects :

- a) La suture simple ;
- b) La suture avec gastro-entérostomie.

Cette classification n'est pas à l'abri de toute critique.

Elle ne tient pas suffisamment compte de l'idée directrice et elle présente des inconvénients au point de vue technique.

En effet, pour la plupart, l'intervention sur l'ulcus perforé est une intervention d'urgence où l'on traite seulement la complication (perforation).

On s'adresse alors à la suture simple. La gastro-entérostomie supplémentaire n'est faite que dans le cas de sténose pyloro-duodénale trop manifeste et non dans le but de traiter l'ulcus lui-même.

Pour d'autres, on doit traiter non seulement la complication, mais la maladie ulcéreuse elle-même.

Suivant les auteurs on aura recours à la gastro-entérostomie ou aux procédés d'éradication.

Ainsi on transporte les procédés ordinaires du traitement de l'ulcus à froid dans l'intervention sur l'ulcus à chaud.

En réalité, l'appellation de procédés directs ou indirects est absolument erronée ; la suture étant considérée par ses auteurs comme un traitement direct, ce ne serait que la seule gastro-entérostomie que l'on pourrait considérer comme le procédé indirect.

Au point de vue technique nous verrons combien sont différentes les excisions et les thermocautérisations de l'ulcus comparé aux résections larges.

Etude de chaque Procédé

1. Les procédés visant au traitement de l'ulcus et de sa complication.

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

La valeur de ce procédé et l'opportunité de son emploi sont jugées d'une façon différente suivant les auteurs.

Après avoir examiné les avantages que lui reconnaissent les promoteurs de la méthode, nous étudions ses inconvénients.

1° Les avantages :

a) *La gastro-entérostomie est nécessaire à l'évacuation stomacale lorsque l'on n'a pas suturé la perforation (véritable traitement indirect).*

Certains reconnaissent cette indication dans les cas où la perforation unique est introuvable, dans les cas de perforations multiples. On l'a préconisée surtout lorsque l'on est dans l'impossibilité de suturer la perforation pour quelque cause que ce soit. Il semble pourtant illogique et inutile de la faire lorsque l'on n'a pas pu obturer la perforation et l'on peut s'étonner, à juste titre, que plusieurs auteurs aient pu préconiser et défendre un pareil traitement.

Associée au traitement direct de la perforation par tamponnement avec drainage elle a pu jouer un

rôle dans la guérison de quelques rares cas cités par GUIBE, d'après certains auteurs américains. Cependant il faut se rappeler qu'en général lorsqu'on se résigne à laisser un tamponnement sur la perforation gastrique ou duodénale, l'état général du malade est bien déficient et qu'il importe de se retirer au plus vite.

Le seul fait que la gastro-entérostomie serait possible légitimerait une opération plus complète : la résection. En effet, il nous semble que le danger de laisser une perforation non suturée est plus grand que le risque opératoire d'une gastrectomie. Dans ce cas, il arrivera sans doute que des malades succombent sur la table au cours de l'intervention, mais si on laisse une perforation ouverte on aura plus de chances encore de les voir mourir ultérieurement. On est frappé par l'illogisme de cette opinion quand on pense à la fréquence du reflux duodénal dans l'estomac.

b) *La perforation a été suturée ; on fait alors une gastro-entérostomie complémentaire.*

Les arguments pour cette gastro-entérostomie peuvent se grouper en deux catégories :

1° Les avantages immédiats :

Elle lutte efficacement contre les graves accidents post-opératoires, elle améliore le pronostic immédiat.

2° La gastro-entérostomie a fait ses preuves dans

le traitement de l'ulcus, elle améliore le pronostic éloigné.

1° Avantages immédiats :

a) *Un argument s'appliquant à tout ulcus perforé. La gastro-entérostomie dans toutes les perforations crée une soupape de sûreté qui lutte efficacement contre la mise en tension de l'estomac, facilite la cicatrisation et empêche la déhiscence de la suture.*

Selon certains, pour peu que la suture paraisse déficiente, pour peu que l'ulcus soit induré et friable, la sagesse donne formellement l'indication de la soulager par une bouche gastro-jéjunale, d'autant plus que les travaux d'HARTMANN et de SOUPEAULT et ceux plus récents de SENCERT et de ses élèves tendent à démontrer que, malgré la liberté de la voie pyloro-duodénale, l'anastomose gastro-jéjunale fonctionne au moins suffisamment pour avoir une action efficace.

Ce rôle de soupape de sûreté a été vivement critiqué et qualifié même de purement théorique (DUVAL et GRÉGOIRE).

1° On sait qu'il existe un certain délai pendant lequel la gastro-entérostomie ne fonctionne pas.

2° Il est classique de dire que la bouche anastomotique ne fonctionne pas si les voies naturelles pyloro-duodénales sont perméables. L'examen radioscopique des malades en fait foi.

Le danger de la réouverture est minime si l'ulcus a été correctement suturé et seules les statistiques comparatives entre ruptures itératives après suture simple et après suture avec gastro-entérostomie pourraient éclairer le problème.

A défaut de ces statistiques, la simple filtration du contenu gastrique après suture insuffisante nous replace dans le cas de perforation non suturée, où nous avons vu le rôle nul de la gastro-entérostomie. Qu'elle mette l'estomac en excellentes conditions d'évacuation est un fait indiscutable ; mais ceci ne permet pas de prouver la nécessité absolue de la gastro-entérostomie. De plus, PATEL a signalé un cas de désunion de la suture malgré la néostomie ; HUSTON en signale un autre cas.

Nous sommes donc obligés de conclure que la gastro-entérostomie ne suffit pas à éloigner tous risques de déhiscence itérative. Comme MONDOR et LAURET nous pouvons dire « qu'une suture bien faite, complétée par un enfouissement aux dépens des tissus sains environnants, avec épiplooplastie évite plus souvent cette complication qu'une mauvaise suture avec gastro-entérostomie, et s'il n'existe pas de rétrécissement pylorique, il est à craindre que la néostomie ne soulage pas beaucoup plus une suture mal faite que le pylore perméable.

D'ailleurs nous verrons plus loin qu'il nous semble plus logique de penser que la désunion des sutures est davantage le fait de l'état infectieux des

parois de l'ulcus que de la mise en tension de l'estomac.

b) *Un argument dans le cas d'ulcus perforé du canal pyloro-duodénal : la gastro-entérostomie, prévient les accidents dus aux troubles du rétrécissement pyloro-duodénal, rétrécissement d'autant plus à craindre que l'ulcère est plus près du pylore.*

Dans les ulcères juxta-pyloriques et duodénaux, la suture et l'enfouissement ne sont souvent réalisables qu'au prix d'un rétrécissement de la lumière intestinale.

Cependant, pour certains, il n'existerait pas de rétrécissement fonctionnel du pylore (SOUTHAM et GIBSON). A l'appui de cette proposition on invoque la difficulté qu'on éprouve à réaliser l'exclusion du pylore, par exemple par le procédé de PERLAVECCHIO. Des expériences sur le chien, réalisées par ELIOT, reprises par STEWART et BARKER, ainsi que par METZGER dans sa thèse, tendent à corroborer cette opinion. Mais il faut remarquer que ces expériences sont faites dans des conditions différentes de celles qui président à la suture dans l'ulcus perforé : les tissus sont sains.

A la suite de l'intervention la sténose mécanique peut être transitoire, l'œdème et la contracture locale, c'est-à-dire le spasme, sont passagers ; la sténose peut également être passagère et transitoire au point de vue fonctionnel.

Cependant on ne peut nier la possibilité d'une sténose fort serrée, témoins des observations de SOUPEAULT, ROUX-BERGER et le cas cité par ALAMARTINE, où l'estomac était dilaté et le pylore complètement obturé lorsqu'on réalisa l'autopsie.

Ces cas sont rares, dira-t-on ; mais nous pourrions opposer à ces cas d'autres où opératoirement on eut à un rétrécissement alors que fonctionnellement les suites opératoires, l'examen radiographique et radioscopique montrèrent une parfaite tolérance de la sténose.

On pourrait se demander à quel degré de rétrécissement il convient d'obvier par une gastro-entérostomie et quels signes en instruiront.

C'est en réalité extrêmement difficile, ainsi que le montre le cas signalé par GIBSON où pour deux perforations simultanées il pratiqua une suture nettement stricturante sans gastro-entérostomie. Un an après, le malade était dans un état parfaitement normal. Une observation de GIRODE est également troublante. Nous-mêmes apportons plusieurs cas où le pylore et le duodénum furent fortement rétrécis, où la gastro-entérostomie ne fut pas faite et où les malades ne s'en portèrent pas plus mal.

Jusqu'à plus ample informé ce rétrécissement n'étant que très rarement un danger immédiat, nous concluons, avec notre maître M. LAPOINTE, « qu'on a le temps de voir venir ».

En conclusion, si le transit gastrique peut se faire sans difficulté à travers un défilé très rétréci ana-

tomiquement, la crainte du rétrécissement ne doit pas faire hésiter à pratiquer un enfouissement large de la première suture en travaillant toujours en tissus sains.

Si ce rétrécissement peut sembler être un obstacle définitif à l'évacuation gastrique on n'hésitera pas à faire une gastro-entérostomie de décharge ainsi que M. LAGOUTTE le fit dans quatre cas.

C'est dans ce seul ordre de faits que la gastro-entérostomie devient une intervention nécessaire.

c) *La gastro-entérostomie préserve enfin contre l'éventualité de la perforation d'un nouvel ulcus ou l'apparition d'une hémorragie.*

Cette constatation découle de l'action favorable de la gastro-entérostomie sur le processus ulcéreux. Cependant elle est parfois impuissante à arrêter l'évolution d'ulcères particulièrement rapides dans leur marche vers la perforation (CHIFOLIAT, BOPPE, CADENAT) ou l'hémorragie. L'étude en sera faite plus complètement avec celle des résultats éloignés.

Voyons maintenant, avant de considérer les avantages éloignés de la gastro-entérostomie, les objections qu'on élève contre ce procédé. Ce sont des objections d'ordre immédiat.

1° Il faut faire entrer en ligne de compte la mortalité propre plus encore dans les mauvaises conditions où l'on est appelé à utiliser cette opération.

Ceci semble parfaitement logique si l'on admet avec nous les conclusions qui précèdent.

2° Elle ajoute encore à l'intervention ordinaire le risque pour le malade du fait d'une prolongation de l'opération. Elle allonge la durée de l'anesthésie et augmente ainsi le danger des complications pulmonaires.

La rapidité de l'intervention est, en effet, un des coefficients de succès. D'ailleurs les conditions opératoires sont souvent mauvaises : « anesthésie tumultueuse, abdomen plein de liquide, transes intestinales souvent distendues avec des fausses membranes ». Ces conditions n'encouragent pas à faire une intervention curative de l'ulcus. De plus, il est évident que chez un malade en pleine péritonite, infecté, au myocarde défaillant, toute prolongation d'anesthésie, toute manœuvre abdominale peut être fatale. Personne ne niera qu'il faut faire vite, le plus vite est le mieux.

Mais il est souvent difficile d'apprécier la résistance d'un malade. Tel, qui paraissait très choqué, sortira de la salle d'opération en meilleur état et se relèvera facilement et rapidement. Tel autre succombera rapidement alors qu'il paraissait en parfait état au moment de l'intervention. En l'absence de règles précises, il vaut mieux courir le moins de risques possible en réalisant au plus vite le minimum nécessaire.

3° *La gastro-entérostomie peut être difficile à réaliser du fait d'adhérence périgastrique.*

Il semble en effet plus prudent d'abandonner la néostomie lorsqu'il est impossible d'extérioriser

l'estomac. A vrai dire cette éventualité est extrêmement rare.

4° *L'intervention se fait en milieux septiques.*

1° Elle diffuse l'infection dans les parties de l'abdomen restées saines.

2° Cette septicité fait courir des risques très sérieux aux sutures.

La large diffusion opératoire des liquides épanchés n'est pas évidente. Le plus souvent à l'ouverture du ventre le liquide est répandu partout, jusque dans le petit bassin, si bien qu'il est logique de faire un drainage sus-pubien. Dans ce cas les manœuvres de la gastro-entérostomie ne risquent guère d'augmenter cette diffusion.

Pour la plupart des auteurs, tout dépend de l'heure de l'intervention. Dans les premières heures le liquide est pour ainsi dire aseptique. L'objection n'aurait donc de valeur que dans le cas de péritonite. Tout le monde semble d'accord sur ce point.

La plupart semble également estimer qu'il faut effectuer un minimum de manœuvres lorsque l'infection semble s'être localisée. Telle est l'opinion de M. Pierre Delbet (Société Nationale de Chirurgie, séance du 2 juin 1921). « Il m'a semblé, dit-il, qu'il était tellement contre-indiqué de faire des manœuvres capables de disséminer une infection qui aurait manifestement tendance à se localiser ».

Mais d'autre part, il est difficile de savoir, en dehors des signes grossiers de purulence, si un li-

quide est septique ; la culture seule pourrait donner le résultat, mais c'est un moyen inapplicable. Certains auteurs, se basant sur ce fait que toute appréciation de septicité de liquide épanché est impossible, conviennent de ne faire la gastro-entérostomie que si elle est indispensable ; après la vingtième heure (Mondor et Lauret).

D'autres auteurs pensent, comme M. Hartmann, que macroscopiquement on peut reconnaître cette septicité; d'ailleurs, pour lui, la notion d'heure est tout à fait trompeuse : « Cette stérilité, dit-il à la Société de Chirurgie, le 17 octobre 1923, n'est pas en rapports directs avec le temps écoulé. On peut noter un liquide septique à la huitième heure ou encore un liquide stérile à la trente-sixième heure ». Mais il estime que les signes cliniques et l'aspect macroscopique des lésions suffisent à faire poser le diagnostic de péritonite sans qu'il soit indispensable d'en faire un contrôle bactériologique.

Devant ces divergences de vues et l'impossibilité, quelle que soit l'heure de l'intervention, d'affirmer ou de nier l'infection, le minimum de manœuvres opératoires semble être la conduite la plus logique.

Résultats immédiats

Il faut les rechercher dans les statistiques, en se souvenant que, pour pouvoir effectuer une gastro-entérostomie, le chirurgien tiendra compte de l'état du malade et qu'il est certain que la gastro-entéros-

tomie est de préférence, appliquée aux cas opérés précocement, c'est-à-dire aux bons cas. Nous verrons au contraire que la suture simple est appliquée à tous les cas bons ou mauvais, ce qui alourdit les statistiques d'une forte proportion de mauvais cas. Il faudra en tenir compte lorsque nous étudierons comparativement les résultats. Nous ne rapporterons qu'un certain nombre de chiffres tirés d'un article inspiré par M. le professeur Chabanaz.

CROISSE, mortalité, 21,15 %, sur 65 cas.

GIBSON, mortalité 11,7 % sur 17 cas.

Les médecins d'EDIMBOURG, mortalité 20 %, sur 88 cas.

WETTERSTRAND, mortalité 26 % sur 14 cas.

RICHARDSON, mortalité 17 % sur 12 cas.

WARREN, mortalité 28 %.

VIANNEY, mortalité 16,6 % sur 6 cas.

DEAVER, mortalité 4 % sur 64 cas.

LEWISOHEN, mortalité 0 % sur 8 cas.

LECÈNE, mortalité 0 % sur 4 cas.

SENCERT, mortalité 11 % sur 9 cas dans les 8 premières heures.

HARTMANN, mortalité 26 % sur 65 cas.

Statistique de RADOIEVITCH, mortalité 25 % sur 212 cas prélevés dans la littérature.

Résultats éloignés

Les avantages tardifs de la gastro-entérostomie sont d'après certains, moins discutables que les avantages immédiats, et la valeur curative de la gastro-

entérostomie dans un grand nombre d'ulcères n'est plus à démontrer.

En réalité, il nous semble difficile d'apprécier ses avantages. Que se serait-il passé, si cette intervention complémentaire n'avait pas été faite? Nous verrons que la suture simple présente les mêmes résultats que la gastro-entérostomie dans les cas où les promoteurs de cette opération la trouvent la plus indiquée, c'est-à-dire dans les cas d'ulcus ou de canal duodéno-pylorique. Cependant dans certains cas après suture, on est obligé de faire secondairement la gastro-entérostomie, et c'est pourquoi certains auteurs comme le Docteur Baudet, sont d'avis de la faire immédiatement, les malades pouvant être en plus mauvais état secondairement à la cure de la perforation par suture simple qu'au moment de leur perforation. Ces cas cités sont exceptionnels.

Cependant, la gastro-entérostomie ne met pas à l'abri de complications, telles que les hémorragies et les perforations itératives. Mondor et Lauret signalent que Larrien a pu réunir 81 observations de perforations gastriques sur 10.500 gastro-entérostomies. Eliot rapporte 31 cas d'hémorragie survenus malgré la gastro-entérostomie et dans les premiers mois, qui, souvent, furent mortels.

Boppe a rapporté à la Société Anatomique une perforation duodénale postérieure consécutive à la suture et à la gastro-entérostomie, pour un ulcus perforé de la face antérieure du duodénum. Nous apportons nous-mêmes un cas de perforation de

l'estomac chez un malade opéré de gastro-entérostomie. La fréquence comparative de ces complications dans les cas d'ulcus, traités par la suture simple ou avec gastro-entérostomie, n'est établie que dans des statistiques trop courtes pour que l'on puisse formuler un jugement.

En tous cas, dans la suture simple, on se trouve à l'abri de l'ulcus peptique du jéjunum, dont on parle si souvent en ce moment.

Etude des Procédés directs dits radicaux

Comme dans la gastro-entérostomie systématique, dans ces procédés l'intervention vise à être curative de la maladie ulcéreuse. On traite l'ulcus par l'exérèse comme s'il s'agissait d'une intervention sur un ulcus à froid. Ces procédés sont de deux ordres :

1° Les procédés d'exérèse limitée à la lésion ulcéreuse : c'est l'excision et la thermocautérisation.

2° Les procédés d'excision large à distance de la lésion ulcéreuse : résection en selle, résection segmentaire, ou gastro-pylorectomie.

I. LES PROCÉDÉS D'EXÉRÈSE LIMITÉE

Ces procédés n'enlèvent que l'ulcus et ne vont que jusqu'à la limite des tissus macroscopiquement pathologiques. Les auteurs qui préconisent ce mode de traitement y trouvent deux ordres d'avantages.

Avantages techniques immédiats :

1° Facilité et rapidité d'exécution. Ils en font un avantage indéniable sur l'exérèse large.

2° Qu'il s'agisse de la thermocautérisation ou de l'excision, l'exérèse permet l'affrontement facile des bords de la plaie gastrique et la suture en tissus sains ne déchirant pas sous le fil (Basset, etc...).

a) Or, MONDOR et LAURET et avec eux bien d'autres, estiment que dans la plupart des observations publiées il ne s'agit que d'une régularisation ou d'un parage des bords de la perforation et ils se refusent à considérer cette intervention autrement que comme une simple suture. Une semblable intervention nous paraît comme aux auteurs précédents parfaitement inutile. Ou il s'agit d'un ulcus perforé dont les bords sont souples ou fort peu indurés et il n'y a aucun avantage à régulariser les bords d'un tel ulcère qui s'est pour ainsi dire éliminé à l'emporte pièce. Ou il s'agit d'un ulcus calleux et le simple parage de ces bords n'est pas seulement inutile mais devient dangereux, tout en n'atteignant pas le but que l'excision ou la thermocautérisation de l'ulcus se proposent. On augmente ainsi la béance de l'orifice, sans en modifier les bords et sans en rendre les lèvres plus souples et, en laissant les capillaires ouverts dans un tissu pathologique et scléreux, on augmente les chances d'infection et de supuration, par conséquent de déhiscence de la suture.

b) M. BASSET procède d'une autre façon. « L'excision locale telle que je l'ai pratiquée, dit-il, et qui est plus qu'un simple alignement des bords de la perforation comme M. Hartmann semble le croire, m'a permis justement de suturer facilement des tissus sains et souples ne coupant pas, tout en supprimant entièrement la lésion ulcéreuse ».

M. LECÈNE, dans un cas, dit avoir excisé totalement un ulcus calleux. Même dans ce cas l'excision semble discutable. Si l'ulcus perforé est souple ou présente une induration minime peu étendue en surface, l'adossement des bords de la perforation est facile, l'enfouissement peut se faire à moins de frais. Point n'est besoin de l'excision ou de la thermocautérisation si on envisage seulement la facilité de la suture.

Dans les cas d'ulcus perforé à induration étendue, M. Lecène et ses élèves ont montré les avantages de la plicature large pour travailler en tissus sains. L'excision d'un ulcus induré sur la largeur de la paume de la main entraîne à de tels délabrements qu'on aura une extrême difficulté à les réparer, sans avoir l'avantage que donne une résection large, à savoir l'assurance de travailler en dehors de la réaction lymphatique inflammatoire dont les limites macroscopiques ne coïncident pas avec les bandes microscopiques. D'où danger, dans ce procédé, d'*infection des sutures et de déhiscence*.

A la thermocautérisation seule, on peut ajouter un reproche qui a été formulé par le professeur Delbet

qui trouve peu indiqué de préparer au fer rouge une suture. L'observation rapportée par M. Moure semble lui donner parfaitement raison.

Cet auteur, en faisant l'autopsie d'un malade ayant subi pour un ulcus perforé de la première portion du duodénum un Balfour suivi d'enfouissement, trouva que tous ses points avaient lâché.

Il n'existe pour ainsi dire pas de statistiques suffisantes pour pouvoir juger actuellement de la question. Radoievitch, dans un récent article de la *Revue de Chirurgie*, donne les résultats suivants qu'il a recueillis dans la littérature médicale :

Suture simple après excision sans gastro-entérostomie :

26 cas avec une léthalité de 19 %.

Thermocautérisation simple sans gastro-entérostomie complémentaire :

13 cas avec une mortalité de 23 %.

Encore a-t-il retiré de sa statistique les deux cas de M. Martin et de M. Robert Monod, qui se sont terminés par la mort.

Le plus souvent les opérateurs ont ajouté à l'exérèse la gastro-entérostomie, les uns par nécessité par suite de rétrécissement orificiel, les autres par système ; à une manœuvre guérissant l'ulcus ils ont associé la gastro-entérostomie qui apporte avec elle les avantages propres. Là encore, peu de cas rapportés ; mais les résultats semblent excellents.

23 cas ; deux morts, soit 8,6 % de mortalité.

Plusieurs auteurs ont fait des pyloroplasties remplaçant la gastro-entérostomie avec des résultats satisfaisants. GIRODE, DEHELLY, GRIMAULT, ces auteurs ont utilisé le procédé de FINNEY.

Avantages tardifs :

En supprimant l'ulcus, on supprime les complications si graves d'hémorragie ou de perforation. Ici encore il semble que les prévisions logiques puissent se trouver en défaut. MOYNIHAN accuse des récives. KUMMER et BASSET ont des cas où les malades, après excision de la lésion, restent des dyspeptiques avérés.

Dans 11 cas suivis, on trouve deux mauvais cas, celui de LERICHE et celui de CHIFOLIAL, où la maladie ulcéreuse continue à évoluer malgré l'intervention, et ces cas sont à rapprocher de celui que signalait M. LARDENNOIS dans un ulcus non perforé traité par le procédé de BALFOUR, où l'on trouva, à la seconde opération nécessitée par l'état du malade, à la place d'un petit ulcère enlevé par la thermocautérisation, un ulcère large, creusant, à bords calcaireux, adhérent au pancréas et tendant à biloculer l'estomac.

II. — LA RÉSECTION LARGE

C'est, suivant l'expression de M. Pierre Duval, le « maximum de la méthode directe ».

De 1902, date à laquelle Keetly fit la première résection large, jusqu'en 1920, cette intervention ra-

dicale fut rare. A partir de 1920, les cas publiés se multiplièrent et les travaux nombreux sur la question, parmi lesquels il est classique de citer ceux d'ULRICH, de RIESSE, de BLOUVIER et de COURTY, prônèrent cette méthode.

Enfin, dans les discussions de la Société nationale de Chirurgie, M. Pierre DUVAL se montra l'ardent défenseur de la résection large systématique.

Des travaux anatomo-pathologiques parmi lesquels ceux de M. MOUTIER, apportèrent un argument théorique à l'appui du procédé. Malheureusement, il est difficile d'en tirer des conséquences pratiques et cliniques.

Le plus souvent l'intervention fut réalisée par la gastro-pylorectomie du côté de l'estomac, soit une duodéno-pylorectomie du côté du duodénum, conséquence logique de la prédominance des ulcus dans la région juxta-orificielle.

Les résections saines, les résections médio-gastriques furent infiniment moins nombreuses.

Mais tandis que les uns firent cette résection large par système, les autres, ils sont nombreux, ne le firent que contraints et en quelque sorte la main forcée.

A. RÉSECTION LARGE, DITE DE NÉCESSITÉ

Elle semble parfaitement légitime lorsque le traitement de la perforation est impossible à appliquer par une autre méthode courante.

« La preuve est faite maintenant que cette intervention peut être pratiquée légitimement et avec succès sur les malades choqués que sont les perforés ».

Mais cette nécessité n'est-elle pas invoquée trop souvent ?

La gastro-pylorectomie est-elle l'unique moyen de se débarrasser d'une perforation qui paraît impossible à suturer ?

L'évaluation de cette nécessité est fort variable, suivant les chirurgiens. Pour certains les indications en sont extrêmement rares. Il leur semble que la plicature large permet de réaliser une fermeture étanche de l'ulcus que les premiers essais faisaient croire impossible. Ils ajoutent même : « Il n'est pas sûr que toutes les résections de nécessité aient été dirigées contre des ulcus calleux très étendus ; quelques observations soulignent même l'attitude inverse ; recul devant les grosses lésions, au contraire ablation d'un ulcère simplement trop friable. Toute la question est de savoir si ces ulcères aient été réellement insuturables ».

D'autres, répondant à cette question, prétendront que souvent on ne doit pas perdre de temps à exécuter des manœuvres qui risquent de rester stériles, et que l'on doit, devant certains ulcères, qui semblent difficiles à suturer, pratiquer la résection d'emblée et que quelle que soit la durée de l'intervention, la résection large, bien réglée, cette opéra-

tion n'est certainement ni plus longue ni plus grave qu'une intervention mal réglée et imparfaite.

Mais lorsque l'on a pratiqué la suture dans un certain nombre de cas d'ulcus perforé, il semble bien que l'on puisse très rapidement se rendre compte si l'induration et la consistance friable des tissus s'étendent sur une surface trop vaste pour mener à bien la plicature.

Si, après un essai loyal on estime que persévérer serait inutile, au lieu d'avoir recours aux procédés de fortune absolument désastreux, si l'état général du malade et sa résistance permettent un espoir, il semble logique de pratiquer une résection large. Mais il s'il faut que tous les cas tamponnés, drainés et bloqués puissent être considérés comme tributaires de la résection.

Les règles sont impossibles à formuler si l'on se rappelle la difficulté d'appréciation de l'état exact du sujet, les difficultés techniques que l'on rencontre au cours des interventions d'urgence avec anesthésie tumultueuse, un personnel souvent mal entraîné aux exigences d'une intervention qui, à froid, demande un temps relativement considérable et présente une gravité réelle.

Mais dans ce cas la résection large devient l'opération d'urgence, et le maximum de la méthode devient le minimum nécessaire. Pour rares que soient de pareils cas, il semble que la résection doit s'en charger. En réalité il ne semble pas qu'il en soit ainsi même chez ceux qui intitulent leur résection résection de nécessité.

B. RÉSECTION LARGE ET SYSTÉMATIQUE

Ce serait le traitement idéal de l'ulcère perforé, la cure radicale, celle dont les résultats immédiats sont aussi bons que ceux de toute autre méthode, plus simple en apparence, et dont les résultats éloignés sont forcément meilleurs; ce serait la méthode de choix.

Malheureusement, si telle est l'opinion de quelques-uns des promoteurs de cette méthode, la majorité des chirurgiens ne semble pas s'y rallier.

Examinons d'abord les avantages que l'on paraît trouver à la résection large.

1° *Avantages immédiats :*

a) *La résection large oblige à une exploration infiniment plus poussée du fait même de l'intervention que celle que l'on peut faire pour la suture simple ou la suture avec gastro-entérostomie.*

Elle aurait donc un avantage immédiat en cas d'ulcères multiples et surtout d'ulcère postérieur, coïncidant avec un ulcère antérieur perforé. Certains auteurs (Cadenat, Leriche), semblent regretter de ne pas l'avoir pratiquée dans des cas semblables. Cependant, il paraît que l'exploration gastrique peut être parfaitement complète sans recourir au procédé d'exérèse large. M. Mathieu, par exemple, sentit à temps un ulcère postérieur correspondant à la perforation d'un ulcus antérieur qu'il allait traiter par la suture.

Même si l'on admet cette indication à la résection, il semble qu'elle soit extrêmement rare, plus rare encore que ne le fait supposer l'examen des statistiques, les ulcères multiples étant toujours signalés par les auteurs, tandis que nombre d'ulcus perforés simples ne figurent pas dans les rapports.

b) La résection large ne semble pas présenter plus de gravité que toute autre méthode en apparence moins dangereuse par sa simplicité et sa rapidité. Elle n'aggrave pas considérablement le choc opératoire.

La réponse semble facile.

1° Certains partisans de la résection large de l'ulcus perforé semblent reconnaître au contraire, une certaine gravité à la gastrectomie. Ils en restreignent les indications et ne l'appliquent que dans les douze premières heures. Ceci est déjà un aveu probant, du fait que la méthode présente des risques que ne présentent pas la suture simple, ni la suture avec gastro-entérostomie.

2° D'autres, au contraire, appliquent ce procédé à des cas où le malade arrive à une heure très tardive après le début de sa perforation. Ils soutiennent leur opinion par des statistiques.

A première vue les statistiques sont magnifiques, trop belles même, si bien que l'on ne peut les accepter avant de les avoir examinées. Etudions-les au point de vue de la mortalité opératoire.

M. Pierre DUVAL accuse pour les cas qu'il publie

une mortalité de 11,3 % et ceci chez les malades opérés dans les douze premières heures.

Muller, Neuberger et Kirchmeyer, de Vienne, sur vingt cas, accusent une mortalité globale de 30 % et, dans les quinze premières heures seulement, de 12,15 %.

Zepfel, dans 23 cas sur les 28 qui se présenterent à sa clinique, pratique la résection avec une mortalité de 12,5 % globale, mais seulement de 5,5 % dans les douze premières heures.

Enfin, Riese, dans 71 cas a seulement trois morts soit une mortalité de 4,2 %.

Mais ces résultats semblent un peu forcés.

Toupet, dans le *Journal de Médecine de Paris*, fait remarquer que le chiffre de 4,2 % pour la mortalité de la gastrectomie faite en période de perforation est beaucoup plus faible que la mortalité que la majorité des chirurgiens parisiens avoue pour la gastrectomie à froid. Il ajoute que, jusqu'à preuve du contraire, on doit admettre que, pour les chirurgiens français, la gastrectomie à chaud est près de trois fois plus meurtrière que la simple oblitération de la perforation.

c) *La constitution de ces statistiques pêche par la base.*

1° Il est indéniable que la plupart des chirurgiens ont choisi leurs cas pour la gastrectomie. (Le contraire serait étonnant); que les succès ont été publiés, mais que les échecs sont souvent restés inconnus.

2° Certainement les chiffres des premières statistiques seront révisés plus tard disent Mondor et Lauret. « Tel pourcentage apparaîtra comme trop généreux, telle excision trop facilement baptisée résection, telle résection à froid pour perforation vraiment couverte compte parmi des pylorectomies d'urgence, et surtout il se vérifiera qu'il n'y a eu souvent que publication des meilleurs cas ».

A l'appui de cette opinion, Radoievitch conserve comme cas indiscutables, sur plus de 330 cas publiés dans la littérature, moins de la moitié, soit 150 cas, avec une mortalité de 18,7 % dont 11,8 % dans les 12 premières heures et 37 % à partir de la douzième heure.

D'autres statistiques semblent infirmer les statistiques précédentes. Elles paraissent plus conformes à la réalité. Comment oublier qu'une gastrectomie segmentaire, déjà sérieuse dans les cas à froid, ne soit, pratiquée à chaud, laborieuse, qu'il s'agisse du duodénum ou du corps de l'estomac.

Hromada, sur 19 cas annonce cinq morts, avant la 36^e heure, soit 26,3 %. M. Hartmann réunit 23 cas donnant une mortalité de 39 % et avant la douzième heure 8 morts sur 26 cas, soit 30,7 %. Cet auteur conclut : « La gastro-pylorectomie actuellement est beaucoup plus grave que le simple enfouissement ou même l'enfouissement avec gastro-entérostomie complémentaire ».

d) Au point de vue technique la méthode est encore discutable.

1° Dans la perforation duodénale l'exérèse large est difficile à soutenir : l'ulcus duodénal est souvent très petit, la perforation minime, l'induration discrète. Pourquoi ne pas enfouir ? N'éprouvera-t-on pas une difficulté extrême à fermer la tranche duodénale après exérèse de la lésion ?

La suture ne donnera-t-elle pas les plus grandes craintes du fait de l'absence de péritoine à la face postérieure du duodénum ?

Nous nous permettons de citer un cas qui nous fut rapporté par un de nos amis qui aida à opérer durant sa première année d'internat à l'hôpital Tenon, un malade à la troisième heure de sa perforation duodénale. L'ulcère petit, non induré, siégeait sur la face antérieure de la première portion du duodénum. Il vit faire une gastro-duodénectomie par un chirurgien du Bureau central. Le malade opéré en bon état succomba le troisième jour d'une péritonite aiguë et à l'autopsie on trouva le bout duodénal largement ouvert. Ce cas malheureux ne fut pas publié mais l'on peut penser que la suture simple pouvait sauver la malade.

2° Pour les perforations du corps de l'estomac et notamment de la petite courbure, le traitement par résection est, de l'avis même des promoteurs de ce procédé, assez ardu.

La résection en manchette est nettement contre-

indiquée, comme infiniment trop choquante, surtout dans l'intervention à chaud, puisqu'elle l'est déjà à froid.

L'excision en selle est considérée comme une intervention très délicate, la résection longitudinale serait à préférer.

Mais alors on s'aperçoit que dans le cas où l'ulcus risque d'être très étendu et largement induré, le cas type pour réaliser les indications opératoires les plus formelle de la résection large, cette intervention présente de telles difficultés et de telles suites qu'hésitent à la pratiquer les chirurgiens qui ont annoncé les meilleurs résultats par cette méthode.

En réalité, nous concluons que dans les discussions de la Société de Chirurgie « on a l'impression que certains orateurs se sont laissés entraîner par leur éloquence » et que la prétention que la pyloréctomie est une opération aussi simple que la fermeture d'une perforation par une suture, qu'une pyloréctomie ne fait pas courir plus de risques au malade qu'une obturation simple ou complétée par une gastro-entérostomie, ne peut être soutenue que par des chirurgiens particulièrement entraînés à la chirurgie gastrique et encore M. Toupet se permet de douter de l'exactitude de la proposition.

2° *Avantages tardifs :*

L'amélioration des résultats tardifs par l'abolition définitive de la lésion ulcéreuse et de la possibilité de

ses complications (hémorragies, perforations itératives, cancérisations) est encore sujet à discussion.

a) Dans une grande majorité des cas c'est vrai ; mais on constate trop souvent, à la suite de la pylorectomie, des récidives de la maladie ulcéreuse. Nous avons pu voir des malades présentant, dans un temps plus ou moins rapproché de la pylorectomie, soit des accidents hémorragiques, soit une récidive d'ulcus au niveau de la bouche de gastro-entérostomie, ou en tout autre point.

Et malgré les beaux résultats tardifs ordinaires de cette opération, il nous semblerait trop cher d'acheter au prix d'une intervention souvent trop choquante un avenir plus serein, sans toutefois avoir la certitude de la guérison radicale.

b) Pour certains auteurs, c'est seulement la crainte de la cancérisation qui légitime toutes les audaces vis-à-vis de l'ulcus. Or, cette crainte est vaine lorsqu'il s'agit de l'ulcus duodénal. La prudence devient alors la règle. Les chirurgiens les plus audacieux vis-à-vis de l'ulcus gastrique se contentent presque tous (à froid) de la gastro-entérostomie pour le traitement de l'ulcus duodénal. Or, dans un grand nombre de cas, on a fait des duodénectomies dans le cas d'ulcus perforé duodénal, M. Hartmann par exemple, sur 13 cas d'exérèse, en signale 5. Cette conduite paraît totalement illogique.

c) Lorsqu'il s'agit d'un ulcus gastrique perforé « quand on opère un homme de 25 ans, va-t-on de-

vant le collapsus et la péritonite menaçante, se poser la question d'un cancer possible à 50 ans et cela le soir de l'urgence alors que l'on est tout à l'angoisse de la survie du lendemain? » (Mondor et Lauret).

Pour nous la question est donc résolue. Aussi il nous semble que ce serait une simple vue de l'esprit que de préconiser une méthode aussi complexe pour le traitement de la perforation qui est presque toujours suturable.

La Suture simple des Ulcères perforés

C'est la méthode la plus ancienne et c'est à cette méthode qu'ont eu recours les opérateurs de la plupart des 67 cas de notre statistique. C'est la méthode la plus simple et pour de nombreux chirurgiens la plus sûre. Elle réalise le minimum nécessaire vis-à-vis de l'ulcus perforé dont elle ne traite que la perforation.

La maladie ulcéreuse, les résultats tardifs importent peu au moment de la perforation. Il s'agit de sauver la vie du malade et de le préserver de la péritonite menaçante. Pour nous qui avons été élevés dans l'idée que l'intervention la plus simple est la plus sûre lorsqu'il s'agit d'urgence, nous sommes enclins à considérer la suture simple comme l'intervention logique dans le cas d'ulcère perforé. Cette intervention est conforme au principe énoncé par M. Lecène : « La chirurgie d'urgence doit toujours être une chirurgie simple et rapide : accom-

plir l'indication essentielle avec le minimum de traumatisme opératoire, telle doit être l'idée directrice. L'opération d'urgence pour l'ulcère gastrique ou duodénal perforé doit, comme toute opération faite dans les mêmes circonstances, viser à être simple et rapide ».

Voyons si l'apparente logique coïncide bien avec les faits que nous rapportons.

1 AVANTAGES DE LA SUTURE SIMPLE

1° *Elle est réalisée avec le minimum de manipulations opératoires.*

C'est un avantage indéniable. Dans toute chirurgie, l'opération la moins traumatisante est la mieux supportée. Ce principe est surtout applicable à la chirurgie d'urgence. Malgré les désavantages de la situation, la déficience des aides, le personnel mal entraîné, la suture peut être réalisée avec le maximum de chances de succès. On ne pourrait en dire autant de toute intervention et notamment de la gastrectomie.

Pendant l'intervention, les tiraillements sur les mésos sont évités. L'épanchement liquidien septique n'est pas transporté en des coins vierges de son contact. Toutes ces considérations prennent une importance considérable surtout après la douzième heure.

2° *Elle est l'intervention la plus rapide.*

Logiquement c'est indiscutable. Cependant on a invoqué les tâtonnements, les échecs, qui ont obligé

le chirurgien à recommencer de multiples fois le passage des fils. En réalité, dans la plus grande partie de ces cas, il s'est agi d'une faute de technique.

On a voulu travailler trop près de la lésion. Lorsqu'on s'astreint à passer les fils en dehors des tissus pathologiques, en prenant très largement la paroi duodénale ou gastrique, on s'est trouvé à l'abri de ces tâtonnements fâcheux et la suture a gardé sa simplicité et sa rapidité. Nous insisterons en étudiant la technique de la suture.

3° Elle permet un minimum d'anesthésie :

C'est un point important chez la plupart des malades arrivés tardivement et très choqués.

On a incriminé la longueur de l'anesthésie dans les causes des complications pulmonaires après les interventions sur le tractus digestif, et bien des chirurgiens, à l'heure actuelle, ont recours à l'anesthésie locale et régionale. Ils ont eu une diminution de la mortalité et de la morbidité dues aux affections pulmonaires.

On semble maintenant attacher une moindre importance à l'anesthésie. Cependant il nous semble que si l'on pouvait réaliser l'intervention avec le secours de l'anesthésie régionale et locale on verrait moins encore d'évolutions de broncho-pneumonies qui arrivent tardivement et sont d'autant plus graves que la malade a davantage souffert et plus longtemps avant l'accident aigu de la perforation.

Ces raisons, dira-t-on, ne valent que dans les cas

de malades tardivement amenés. Dans les cas précoces on est autorisé, de par les résultats obtenus par la gastro-entérostomie ou par la résection large, à regarder plus loin que la complication et à traiter l'ulcus lui-même.

C'est qu'en réalité, les interventions curatives sont infiniment plus graves que la suture simple.

D'autre part, il est extrêmement difficile d'établir le bilan exact du malade. Donc, dans le doute, et pour éviter toute erreur qui peut être fatale pour le malade, ayons recours à l'intervention minima, ensuite on pourra traiter l'ulcus à froid suivant les procédés qui sembleront les meilleurs.

LES CRITIQUES QUE L'ON FAIT A LA SUTURE SIMPLE

a) *La suture est souvent difficile, impossible à faire du fait de l'induration, de la friabilité des tissus, du calibre de la perforation.*

Il semble que la plupart des résectionnistes estiment que la suture est toujours ou presque toujours sinon impossible du moins très difficile à faire.

Voyons d'après les constatations anatomo-pathologiques tirées de nos protocoles opératoires si la difficulté est aussi marquée qu'on semble le dire.

Il faut établir une distinction que nous avons déjà mise en évidence entre les ulcus du canal pyloro-duodénal et les ulcus du corps de l'estomac et de la petite courbure.

1^{re} Perforation du canal pyloro-duodénal :

Ce sont les plus fréquentes : sur 61 observations nous trouvons 34 cas de perforations duodénales et 13 cas de perforations pyloriques sur l'estomac, soit en tout 47 cas, donc 78 %. Nous avons vu que, dans notre statistique, les perforations duodénales sont petites, puisqu'elles présentent des dimensions allant de la tête d'une épingle à la grosseur d'un pois, que, sur le canal pylorique, elles ne sont pas beaucoup plus grandes puisqu'elles ne dépassent pas la grosseur d'une lentille.

De ce fait le premier argument, la difficulté de la suture à cause des dimensions de la perforation, ne semble pas intéresser les perforations du canal duodéno-pylorique.

L'induration et la friabilité des tissus du pourtour de la perforation :

Dans 23 cas sur 34 la perforation duodénale ne présentait aucune callosité ou si peu que la suture fut facile. Dans neuf autres cas la callosité était plus développée, mais ne fut pas un obstacle à la suture. Dans un cas l'état du malade était tel qu'il fallut fermer un peu plus vite après tamponnement, au risque de le laisser mourir sur la table. Dans un seul cas une perforation duodénale ne put être suturée : donc sur le duodénum, dans l'immense majorité des cas, 97 % les perforations sont facilement suturables.

Dans 66 % des cas, la suture fut extrêmement facile : absence d'induration ou induration minime. Dans 27 % des cas, la suture put être faite malgré la zone calleuse en prenant les tissus très loin.

Dans les 13 cas de perforation pylorique, l'induration fut minime et la suture put être faite facilement.

En conclusion, nous pouvons dire que, dans l'immense majorité des cas, les ulcères perforés de la région duodéno-pylorique ne présentent, du fait de leur état anatomo-pathologique, aucune difficulté technique pour la suture. Nous avons déjà vu combien, dans ces cas, la gastrectomie semble illogique.

2° Les perforations du corps de l'estomac et de la petite courbure sont relativement plus rares que les précédentes. 22 % des cas, c'est-à-dire à peu près cinq perforations duodéno-pyloriques pour une perforation du corps de l'estomac.

Dans notre statistique trois cas n'ont pas été suturés.

L'un présentait une perforation au niveau de la face postérieure de l'estomac, très près du cardia.

Un autre un ulcère de la petite courbure très induré.

Le dernier c'est un ulcère prépylorique, petit, que M. LAGOUTTE traita par la résection large.

Donc, dans près de 80 % des cas, la suture fut possible alors que l'ulcère était largement induré.

Il semblerait que souvent ce soit dans ces cas avec large induration que la résection est logique. Or,

nous avons vu que, même pour les résectionnistes, la résection en manchettes ou la résection médio-gastrique ou même la résection en selle était trop choquante ou trop délicate. On pourrait conclure paradoxalement que la gastrectomie est indiquée surtout dans les cas où la suture paraît facile et applicable en toute sécurité, alors que lorsque la suture devient difficile la gastrectomie semble présenter encore plus de difficultés.

Quoi qu'il en soit, la méthode de choix nous semble être la plicature large. Les arguments de friabilité des tissus, de dimensions de la perforation sont secondaires, puisque l'on travaille à distance de la lésion en tissus sains.

b) *Exécutés dans de mauvaises conditions la suture expose à la déhiscence secondaire l'orifice de la perforation.*

Pour tous une suture facile dans les tissus souples paraît devoir produire une obturation parfaite. En est-il de même pour celle qui est faite dans de mauvaises conditions, tissus friables et large perforation?

Bien plus une suture paraissant suffisante à priori met-elle toujours à l'abri d'une déhiscence ou d'une ouverture franche de la lésion?

Nous avons déjà suffisamment insisté sur la condition *sine qua non* de la suture : elle doit être faite en tissus sains. Cette condition, nous l'avons vu, est facile à réaliser dans le cas d'ulcus pyloro-duodéal

par suite de la petitesse de la perforation et l'absence d'induration.

Dans le cas d'ulcère dans le corps de l'estomac, l'artifice de la plicature nous permet de nous trouver dans les mêmes conditions. Nous réalisons ainsi un adossement de la surface péritonéale saine bien plus étendue que dans le cas de résection.

Nous ne trouvons qu'avantages à la méthode.

Nombreux sont les auteurs qui ont publié des statistiques dans lesquelles on ne signale aucune déhiscence. En particulier Eliot cite 82 cas dans lesquels il ne peut trouver un cas de suture insuffisante. Nous-mêmes ne croyons pas avoir eu dans notre statistique un seul cas. Cependant il n'en est plus de même si l'on s'adresse pour obturer la perforation à des tissus trop rapprochés et friables et nous expliquons parfaitement par ce défaut de technique les cas de déhiscence que certains auteurs ont pu signaler. Nous avons vu d'ailleurs que, dans ces cas de suture déficiente, la gastro-entérostomie n'apportait aucun remède. La première condition est donc de réaliser largement l'obturation et de ne compter sur aucune dérivation pour parer à une suture insuffisante.

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES ET PÉRITONITES TARDIVES

Comme conséquence de ces sutures insuffisantes on a décrit des abcès sous-phréniques et des péritonites tardives. Nos statistiques n'en présentent

qu'un cas. Mais certains auteurs rattachent également aux manques d'étanchéité de la suture les péritonites tardives. Comment expliquer, disent-ils, des cas où après une amélioration très nette des symptômes généraux et péritonitiques survient brusquement le sixième, le huitième jour, une aggravation fatale sinon par une réouverture de la perforation?

Pour nous le mécanisme en est tout autre et trois cas, dont deux fournis par notre Maître après notre départ de son service et un autre constaté dans le service de chirurgie de Bichat, nous permettront d'expliquer de façon conforme aux faits les péritonites tardives.

Dans le premier cas un malade présentant un ulcus perforé du duodénum est opéré dans le service de notre Maître, le Docteur LAPOINTE, par suture de la perforation. Il va bien jusqu'au huitième jour, puis présente de la température et son état devient inquiétant. A l'examen on trouve un énorme abcès de Douglas bombant dans l'hypogastre. L'incision sus-pubienne eut raison de cet abcès et le malade sortit guéri.

Dans le second cas il s'agit d'un malade opéré récemment à Bichat, pour un ulcus duodénal perforé, à la 48^e heure de la perforation. On suture cette perforation et on draine l'étage supérieur sus-mésocolique de l'abdomen. Après deux jours où l'état semble s'améliorer, le malade décline rapidement et meurt le quatrième jour.

A l'autopsie l'étage supérieur sus-mésocolique de

l'abdomen est sec ; aucune fausse membrane et pas de pus. La suture est intacte. Mais en ouvrant l'étagé inférieur de l'abdomen on trouve dans le bassin une large collection purulente limitée par des fausses membranes agglutinant les anses grêles. Dans ces deux cas, la péritonite tardive n'est pas due à la déficience de la suture. Elle s'est développée en dehors de celle-ci. Pourquoi ne pas admettre que les abcès sous-phréniques observés sont dus à l'enkystement des liquides faiblement septiques au début épanchés dans la cavité péritonéale et insuffisamment drainés.

* Pourquoi, dans les accidents péritonéaux tardifs ne verrait-on pas la possibilité d'une péritonite ayant une accalmie sournoise et traîtresse comme on peut le voir dans certaines péritonites d'origine appendiculaire?

Le troisième cas concerne un abcès sous-phrénique. Le malade est opéré le 15 juin 1925 à la treizième heure d'une perforation duodénale. Il sort de la maison de santé le 20 juillet et le lendemain, fait une ascension de température qui se continue les jours suivants. On constate une matité à la base droite avec de l'égophonie. Le 22 juillet on ouvre un abcès sous-phrénique par voie transcostale. Ce cas semble prouver également la probabilité de notre hypothèse.

En résumé, la suture faite dans les règles ne risque pas d'être déficiente. Les accidents péritonéaux semblent être dus à l'insuffisance du drainage qui

permet la formation de collections secondaires ou la continuation de l'évolution d'une péritonite d'abord larvée. Ce sont ces exemples qui nous portent à préconiser, comme le Docteur Lagoutte et le Docteur Lapointe, le drainage large de l'abdomen et surtout du Douglas.

c) *La suture présente des inconvénients mécaniques :*

1° *Au niveau du canal duodéno-pylorique, toute suture large n'entraîne-t-elle pas comme corollaire une sténose du canal obligeant immédiatement à la gastro-entérostomie complémentaire*

a) Nous avons déjà vu que, dans certains cas, la suture pouvait entraîner une sténose, du moins en apparence. Mais nous avons également vu combien il était difficile d'apprécier le degré de rétrécissement au point de vue fonctionnel. Nous avons déjà cité à ce point de vue les observations classiques de Gibson et Girode. En fait, le rétrécissement anatomique ne correspond point à un rétrécissement fonctionnel et le spasme et l'œdème peuvent en imposer, mais doivent disparaître rapidement. Pour nous, nous avons vu pendant l'année passée chez M. Lapointe la gastro-entérostomie rejetée systématiquement dans de nombreux cas où le rétrécissement anatomique était patent. Le résultat est impressionnant et les observations coïncident avec celle que Metzger fit figurer dans sa thèse.

Qu'on nous permette de citer ici les protocoles

opératoires, les suites de l'examen radiographique des observations n° 13, 15, 16, 19 du service Lapointe.

OBSERVATION N° 13. — M. J., 24 ans, soldat, opéré le 10 août 1924 : à l'intervention on trouve « sur la face antérieure du canal pylorique un petit orifice de trois millimètres de diamètre, à bords grisâtres, au niveau d'une induration.

Obturation rapide de l'orifice par un point total en X. Enfouissement par un surjet sérieux vertical, on termine par la fixation de l'épiploon au-dessus de la zone opératoire. Le pylore semble très rétréci, néanmoins pas de gastro-entérostomie.

Suites opératoires : Le vingtième jour le malade part sans avoir présenté aucun phénomène de stase gastrique.

Il écrit le 6 novembre soit trois mois après son intervention : « Je mange bien, dors bien, et n'éprouve aucune souffrance de l'estomac ». Auparavant il mentionne que son état est aussi satisfaisant que possible.

Examen radioscopique : Fait par M. Rachet dans le service du docteur Bensaude, le 10 novembre.

« Transit normal, après dix minutes d'attente. Bulbe à contour régulier. Un peu de liquide d'hyper-sécrétion gastrique.

Examen radiographique et radioscopique : fait au Val-de-Grâce le 12 janvier 1925.

Absorption de la bouillie barytée à 11 heures du matin :

Estomac : remplissage normal, grosse poche à air, et un peu de liquide d'hypersécrétion à jeun. Mobilité normale, etc...

La région juxta-pylorique est un peu irrégulière, mais *l'évacuation gastrique se poursuit régulièrement à travers le pylore et le duodénum. Trois heures après l'estomac est vide.* La majeure partie du repas est dans le cœcum, etc...

L'examen des radiographies ne montre aucune déformation de l'antra pylorique, le bulbe duodénal irrégulier sur le versant de la grande courbure (irrégularité due à l'épiplooplastie) en forme de fer de lance.

Revu le 22 janvier, pas plus de six mois après son intervention ; on consigne la note suivante : bon état, pas de douleur, pas de vomissement, pas d'amaigrissement, alimentation normale.

OBSERVATION N° 15. — M. F., opéré le 20 septembre 1924.

« Après laparotomie médiane sus-ombilicale, en attirant l'estomac on découvre sous la face inférieure du foie qui fait couvercle, une perforation lenticulaire située sur le versant duodénal du pylore, tout près de l'insertion du petit épiploon. On suture l'orifice au moyen d'un fil en bourse, puis un deuxième surjet vertical recouvre la première suture.

Le duodénum semble assez rétréci, mais on ferme la paroi par des fils de bronze sans gastro-entérostomie.

Suites opératoires : elles sont tout à fait normales ; dès le quatrième jour on permet au malade de prendre de la purée de pommes de terre et de la compote. Aucun trouble de stase gastrique. Le malade est radioscopé par le Docteur Aimé, le quinzième jour.

Examen radioscopique : La baryte passe facilement dans le duodénum. Par instant antipéristaltisme de la deuxième portion du duodénum. Le bulbe duodénal s'injecte mal, l'évacuation de l'estomac est moins rapide qu'à l'ordinaire.

Nouvel examen radioscopique : Il est pratiqué le 4 novembre 1924, c'est-à-dire deux mois après par le Docteur Aimé.

Périduodénite, avec déformation des contours, mais pas de sténose, pas d'hypercynésie : Revu le lendemain après un repas de gélobarine donné deux heures auparavant : pas de stase gastrique, léger retard à l'évacuation du grêle.

Revu le 8 janvier 1925 pour une éventration minime, siégeant au-dessus de l'ombilic, il trouve que « ça va parfaitement bien ». Il n'a plus jamais souffert de son estomac depuis son opération, il mange bien et se trouve très bien. Il n'a jamais vomi.

OBSERVATION N^o 16. — P. L., opéré le 18 novembre 1924.

Après laparotomie sus-ombilicale, on trouve une perforation un peu plus grosse qu'une lentille à un travers de doigt de l'insertion du petit épiploon, à deux travers de doigt de la veine pylorique sur une cicatrice étoilée.

Un fil en bourse est passé assez loin de la perforation, en dehors de la zone indurée. *Mais le canal duodénal, le fil serré, est très rétréci, l'insertion du petit épiploon est seulement à un travers de doigt de l'insertion du ligament gastro-colique, sur le bord inférieur du duodénum.* La première suture est enfouie par un surjet vertical. Quoique le duodénum soit fort rétréci, on ferme la paroi sans gastro-entérostomie par système.

Suites opératoires : Elles sont normales en tous points. L'alimentation a été reprise le deuxième jour après l'intervention. Le malade n'a présenté aucun signe de sténose.

Examen radioscopique : Il est fait le 5 décembre 1924, soit dix-huit jours après l'intervention, par le Docteur Cain, médecin des hôpitaux, chez le Docteur Bensaude.

Bulbe duodénal rétréci mais bon passage dans le duodénum. L'estomac se vide normalement. Encore un peu d'hypercynésie.

Nouvel examen radioscopique : Le 24 décembre, il est pratiqué par le Docteur Henri Marchand, assistant de radiologie chez M. le Docteur Bensaude.

Aucune rigidité des courbures, le transit pylorique et duodénal est normal.

Revu en parfait état par la suite, six mois après l'intervention, il n'a jamais présenté de signes de sténose pylorique.

OBSERVATION N° 19. — B. L., opéré le 24 décembre 1924.

Après incision médiane sus-ombilicale, on trouve une perforation masquée par des fausses membranes, et partiellement obturée par la vésicule biliaire. La perforation, un peu plus grande qu'une lentille, est entourée d'une zone indurée s'étendant sur toute la hauteur du canal duodénal, à proximité du pylore que l'on distingue cependant. Cette zone s'étend en largeur sur beaucoup plus de cinq millimètres.

On essaye de passer un fil en bourse très loin de la perforation. Il plicature le canal sans amener l'obturation totale. Il sort encore des gaz et du liquide. On passe alors un second fil en bourse qui arrive à fermer totalement l'orifice, et pour assurer l'étanchéité, on fait un recouvrement en ramenant de part et d'autre par un surjet l'épiploon gastro-hépatique et gastro-colique. *Le canal duodénal est très rétréci.* Par principe, pas de gastro-entérostomie.

Suites opératoires : Elles sont tout à fait normales. Le malade ne présente pas de signes de sténose et sort guéri le quinzième jour.

Examen radioscopique : Il est pratiqué par le Docteur Henri Marchand, le 9 janvier, c'est-à-dire le seizième jour.

Bulbe déformé sans image anormale fixe, la deuxième partie du duodénum est « en feuille de fougère ». *L'évacuation gastrique se fait normalement.*

Nouvel examen radioscopique le 15 février 1925, par le Docteur Henri Marchand. Le bulbe duodéal est un peu rétréci mais *évacuation normale de l'estomac.*

Revu en bonne santé, sans trouble, le 6 juin 1925, soit plus de six mois après l'intervention. Radioscopie faite par l'assistant du Docteur Beaujard.

Quatre heures après, repas barité léger, résidus dans le bas-fond stomacal, mais surtout dans la première et la deuxième portion du duodénum.

En résumé voilà quatre observations montrant combien il est rare qu'une suture amène une sténose fonctionnelle du canal pyloro-duodéal, alors même que celui-ci semble très fortement déformé et rétréci.

2° *La plicature large entraînerait pour certains auteurs des troubles mécaniques de l'estomac et obligerait à la gastro-entérostomie complémentaire.*

Tel n'est point notre avis et pour réfuter une pareille proposition nous citerons simplement le résultat obtenu dans l'observation n° 17, du service du Docteur Lapointe.

La malade opérée à la sixième heure, présentait une perforation située sur la face antérieure de l'estomac, à huit centimètres du pylore, reposant

sur une base indurée de la dimension de la paume de la main. Les fils passés en zone saine plicaturent l'estomac largement.

Suites opératoires : tout-à-fait normales.

Examen radioscopique : Il est pratiqué un mois après, et il montre un estomac hypotonique dont le bas-fond est abaissé et distendu, mais sans aucune rigidité des courbures ; le duodénum s'injecte mal.

Malgré ce résultat médiocre on s'attend, le malade n'accusant aucun trouble fonctionnel ni aucune douleur, à voir une amélioration secondaire. En effet, un mois après ce premier examen, un autre examen radiographique et radioscopique donne les résultats suivants :

Un estomac encore hypotonique avec bonne mobilité, aucun signe d'induration; péristaltisme bien accusé, régulier et symétrique. Le bulbe semble un peu rétréci et le passage se fait parfaitement.

Le malade, qui est un étameur, a repris son métier; il mange bien se porte parfaitement et ne se plaint pas de souffrir.

Donc, en ce qui concerne les troubles mécaniques apportés par la suture, tant au point de vue orificiel qu'au point de vue de la mobilité du corps de l'estomac, il semble un peu prématuré de vouloir faire de ces troubles une contre-indication de la suture. En réalité, si l'un de nos malades suivis, avait présenté au cours de la période d'observation, des troubles quelconques attribuables à la suture, rien n'eût

été plus facile que de faire secondairement une gastro-entérostomie, ou une pylorectomie à froid.

RÉSULTATS ANATOMIQUES APRÈS SUTURE SIMPLE

L'absence de troubles et le fait que la suture peut être considérée comme suffisante par elle-même, sans voie de dérivation, nous sont expliqués par un résultat d'autopsie faite chez un des malades du service (observation n° 4), B... Alexis, opéré le 19 avril 1921, à la sixième heure de sa perforation.

Compte-rendu opératoire : Après incision sus-ombilicale de la paroi, on avait trouvé une perforation de la région cardiaque sur la face antérieure de l'estomac, entourée d'une large zone épaissie et indurée. La suture fut extrêmement difficile à faire du fait de la friabilité des tissus.

Le malade meurt le 23 avril, soit quatre jours après l'intervention.

Voici le protocole d'autopsie :

1° Aucune trace de péritonite. Les sutures ont tenu ; le catgut n'est pas encore résorbé.

2° Le siège exact de la perforation est plus près du pylore que du cardia.

3° Les parois gastriques sont redevenues souples et à peu près normales.

4° On fait sauter la suture. Les parois semblent tenir parfaitement ; la cicatrice semble s'être déjà constituée.

Ce protocole d'autopsie nous permet d'insister sur plusieurs points :

1° Mondor et Lauret citent comme résultats de la gastro-entérostomie associée à la suture les résultats anatomiques de deux cas.

Le premier de M. Lecène :

Trois mois après suture d'une gastro-entérostomie d'un ulcus calleux de la petite courbure à l'autopsie on ne trouvait plus que difficilement la trace de l'ulcère parfaitement cicatrisée.

Le deuxième est de M. Boppe.

Un mois après suture et gastro-entérostomie pour un ulcère calleux largement induré il ne restait plus aucune induration de la paroi duodénale.

Ces auteurs concluent : « Il y a bien là deux preuves intéressantes de ce que peuvent sur un ulcère la suture de la perforation et la gastro-entérostomie.

Pour nous, nous apportons une autre preuve de ce que peut la suture simple sans gastro-entérostomie.

Nous voyons que quatre jours après la suture pour ulcère extrêmement friable et largement induré la suture simple a suffi pour rendre aux parois stomacales leur souplesse et leur aspect presque normaux.

2° Ce fait montre combien l'œdème et le spasme autour de la lésion disparaissent rapidement et alors s'explique pourquoi la sténose et les troubles mécaniques, dont on fait une arme contre la suture simple, sont peu à craindre en général.

3° Voici un ulcère suturé dans de mauvaises conditions :

Quatre jours après, la cicatrice est déjà organisée et tient même après l'ablation des catguts, qui ne sont pas encore résorbés et ceci se fait sans voie de dérivation.

Il nous semble que ceux qui parlent de déhiscence des sutures simple et qui semblent craindre cette déhiscence, non seulement oublient la rareté de pareils faits, mais semblent méconnaître les résultats immédiats que nous leur mettons sous les yeux.

d) *La suture, surtout si on doit la renforcer d'une épiplooplastie, ou d'un tamponnement, expose à la formation d'adhérences périgastriques.*

Ces adhérences peuvent :

1° Provoquer des troubles gastriques et des douleurs pour leur propre compte ;

2° Se montrer très gênantes si l'on est amené, du fait de la persistance des troubles due à l'ulcère, à faire une seconde intervention.

1° Dans les cas que nous avons pu suivre, les adhérences n'ont amené aucun trouble du fonctionnement gastrique ni aucune douleur.

A. — D'une part, si l'on considère les examens radioscopiques, on est frappé de voir que, dans l'immense majorité des cas, l'estomac est resté mobile et le plus souvent d'une mobilité normale.

B. — Les malades suivis ne se sont plaints à aucun moment de douleurs imputables à une symphyse gastro-pariétale ou gastro-viscérale. En général on a pu les considérer comme guéris.

2° Les adhérences périgastriques, du fait de la suture, n'amènent, en général, aucune difficulté particulière dans une réintervention.

A. — Dans deux cas on est intervenu secondairement après suture d'un ulcère perforé.

1° M. Ch... présente, deux mois après la suture d'un ulcus duodénal, un spasme œsophagien tel que ni le traitement médical, ni le traitement pratiqué dans un service d'oto-rhino-laryngologie n'arrivent à conjurer l'amaigrissement et la déchéance physique du malade.

On est obligé de lui faire une gastrostomie. L'opérateur en profite pour voir l'état des lésions. Il ne trouve que des adhérences lâches entre la face inférieure du foie et la petite courbure, adhérences répondant au trajet du drain que l'on laissa dans la région sous-hépatique à la suite de l'intervention faite, comme on se le rappelle, à la trente-sixième heure. L'estomac est mobile, malgré ses adhérences lâches et l'on ne retrouve aucune adhérence gastro-pariétale.

2° M. K. F. fut réopéré pour une éventration siégeant sur la cicatrice de la laparotomie sus-ombilicale. La réparation de cette éventration permit de constater que l'estomac était libre de toute adhé-

rence. A vrai dire quelques filaments très ténus unissaient le duodénum à la face inférieure du foie.

B. — Les preuves anatomiques semblent donc coïncider avec les résultats radiographiques. Cependant dans certains cas on peut constater un signe radiologique d'adhérence du duodénum suturé à la face inférieure du foie, l'estomac restant parfaitement mobile. Or, nous avons vu que dans le cas d'ulcus duodénal le mot d'ordre était, pour la plupart des auteurs, de faire la gastro-entérostomie. Cette intervention ne sera nullement empêchée ou gênée par la présence d'une symphise duodéno-hépatique.

C. — Pour les interventions secondaires sur l'estomac on sait que, quelle que soit l'intervention antérieure, il existera des adhérences. Parfois même sans intervention on est obligé de recourir, à cause de la réaction périgastrique normale dans certains ulcères, à des procédés spéciaux de gastrectomie : section première de l'estomac ou hémi-section de l'estomac. Ces procédés permettront de vaincre les adhérences souvent très minimes que laisse la suture.

En résumé, des objections élevées contre la méthode de la suture simple, il n'en reste aucune qui puisse empêcher de considérer cette méthode comme la méthode de choix au point de vue immédiat.

En réunissant les cas de M. Lagoutte aux cas du service de M. Lapointe, pour les comparer avec d'au-

tres statistiques, nous pouvons établir le tableau suivant en nous basant sur l'heure de l'opération.

Dans les 12 premières heures. Mortalité 3 cas sur 35, soit 8,5 %.

De la 13^e à la 24^e heure. Mortalité, 2 cas sur 6, soit 33,3 %.

De la 25^e à la 48^e heure. Mortalité, 3 cas sur 4, soit 75 %.

Passé la 48^e heure. Mortalité, 3 cas sur 3, soit 100 %.

2 cas sans indication guéris.

Total : Mortalité, 11 cas sur 50, soit 22 %.

Ces statistiques peuvent être comparées aux statistiques de suture simple déjà établies :

Scully, 49 opérés, 29 morts, pourcentage 57 %.

Walker, 98 opérés, pourcentage, 27 %.

Hertz, pourcentage, 50 %.

Statistique des hôpitaux d'Edimbourg, pourcentage, 20 %.

La statistique plus récente du professeur Hartmann montre 22 décès pour 55 cas, soit un pourcentage de 41 %.

Gibson, de New-York, 76 opérés, 13 morts, 17 %.

Radoievitch, dans une statistique, dite personnelle (?), a 237 cas de suture avec une léthalité globale de 94 cas, soit 39,6 %.

Il faut bien reconnaître que, si les statistiques semblent peu brillantes, pour certaines du moins, il faut compter que dans la suture simple on trouve des cas absolument désespérés que l'on ne pourrait

traiter que par des moyens de fortune si on abandonnait la suture simple. Ces statistiques, plus que celles des autres méthodes, sont donc chargées de mauvais cas, et nous pouvons conclure que la mortalité globale d'une statistique, sans indication d'heure et sans connaissance des incidents opératoires, ni de la forme anatomique de la lésion, ne peut donner qu'une idée inexacte d'un procédé.

Voyons maintenant, par comparaison avec notre statistique, les résultats de la suture simple dans les douze premières heures.

Radoievitch, estime que dans les cas qu'il a sélectionnés, la mortalité des douze premières heures s'élève à 23 %.

Mais des chiffres plus favorables ont été relevés dans d'autres statistiques sans parler de la proportion de 8,5 %, que nous obtenons.

Kirk a onze cas avec léthalité de 0 %.

Martens, 18 cas qui tous guérissent.

Murphy, 28 cas avec une mortalité de 7 %.

Gibson opère 59 malades dans les 18 premières heures et n'a que quatre décès, soit 6,6 %.

Hartmann, sur 24 cas de suture dans les 12 premières heures, atteint le pourcentage de 12,5 %.

Nous trouvons donc une mortalité moyenne pour les statistiques où l'on a donné le nombre d'observations apportées, soit 140 cas avec 9 morts, pourcentage 6,4 %.

Comparons ces chiffres avec ceux des statistiques les meilleures pour la gastro-entérostomie.

Kroysse, avec 65 cas de gastro-entérostomie complémentaire atteint une mortalité de 21, 5 %.

Eliot signale une mortalité de 35,5 % sur 51 cas réunis.

Mondor et Lauret, sur 47 cas ont un pourcentage de 20 %.

Wetterstrand, sur 14 cas accuse une léthalité de 28 %.

Richardson, sur 12 cas atteint 17 %.

Warren, atteint 28 %.

Plus intéressante est la statistique de M. Hartmann. Dans 65 cas, il a une léthalité globale de 26 %. Or, dans les 12 premières heures la mortalité atteint 17,8 % alors que la statistique de suture simple chez le même auteur ne donne que 12,5 %.

La même statistique apporte une mortalité de 80 % dans la gastro-entérostomie pratiquée de la 12^e à la 24^e heure.

Radioevitch arrive à une mortalité moyenne de 19,3 % dans les douze premières heures, avec gastro-entérostomie complémentaire.

Il semble donc, d'après la comparaison de ces quelques statistiques avec la nôtre qu'il existe *une véritable augmentation de la mortalité dans les cas traités par gsstro-entérostomie.*

RÉSULTATS TARDIFS DE LA SUTURE SIMPLE

Les résultats tardifs de la suture simple sont également étudiés, quoique pour nous il semble illogi-

que de vouloir juger une intervention d'urgence et dirigée, non contre la maladie ulcéreuse, mais bien contre sa complication, sur les résultats tardifs et éloignés au point de vue de la date de l'ulcère.

Que désirons-nous? Avant tout, sauver la vie du malade ; ensuite, si les résultats éloignés sont mauvais, si le malade souffre, pourquoi ne pas faire, en toute sécurité, à froid et au moment déterminé par l'opérateur, une opération plus complète?

Quoi qu'il en soit et quoique nous n'ayons eu aucune prétention à la cure radicale de l'ulcère, nous sommes bien forcés de constater que très souvent la suture simple de la lésion ulcéreuse perforée a été suivie pendant une très longue période d'une guérison qui a semblé complète.

Certains auteurs ont depuis longtemps insisté sur les résultats heureux de la suture simple de l'ulcère perforé. Mayo, dès 1906, émit l'opinion que la perforation mettait fin au processus ulcéreux et marquait la terminaison de la maladie.

En 1920, M. Lagoutte présente à la Société de Chirurgie une statistique que nous reproduirons portant sur 9 malades opérés et suivis de 2 mois à 9 ans. Sept parmi eux ont eu des suites éloignées aussi bonnes, alors qu'ils avaient subi la suture simple, que les deux autres qui avaient subi une suture complétée par la gastro-entérostomie.

« Il semblerait, dit M. Lagoutte, que l'ulcus arrivé au stade de perforation soit au terme de son évolution et guérisse spontanément après suture ».

En 1923, Gibson, à la Société de Chirurgie de Paris, résume l'opinion qu'il avait déjà émise à plusieurs reprises en disant : « L'élément de la perforation semble être une phase curative, comme on le voit, d'ailleurs, quand l'élimination d'un sphacèle provoque la guérison ». Un certain nombre de chirurgiens se rallient à cette opinion. Cependant avant de pouvoir l'accepter nous devons la discuter.

Plusieurs facteurs interviennent dans la façon de se comporter d'un ulcus perforé et traité par la suture.

1° L'évolution clinique antérieure.

2° Le siège qui semble conditionner la forme anatomopathologique de la lésion.

1° Nous sommes parfaitement de l'avis de M. Papin qui, en analysant les observations d'ulcère perforé guéri après simple suture dans la statistique de M. Lagoutte, constate qu'il s'agit, dans la plupart des cas, d'ulcères peu indurés ou presque souples.

Radoievitch vérifie ce fait dans de nombreuses interventions.

Nous avons vu que, dans notre statistique, les ulcères perforés siègent, le plus souvent, sur le duodénum et sur le pylore ; leur orifice petit, le manque d'induration ou l'induration souvent fort limitée les font entrer dans cette catégorie d'ulcus qui seront guéris par la simple suture.

Et si nous insistons sur ce fait, c'est que nous avons constaté que c'était le cas le plus fréquent.

2° L'ulcère latent ou l'ulcère à évolution rapide, ayant évolué vers la perforation, « a de grandes chances de rester latent après celle-ci ».

Il semble posséder, du fait de ces qualités cliniques antérieures, comme une sorte de particularité qu'il peut garder après l'intervention.

C'est de ces ulcères que l'on peut dire qu'ils naissent et meurent perforés. C'est à ce groupe d'ulcères, à marche très aiguë, ulcères latents et ulcères souples ou peu indurés, que s'applique l'opinion que la phase de perforation est devenue une phase de guérison.

Pour tous les ulcères anciens, indurés, calleux, — et ce sont les plus nombreux — il est plus exact d'envisager la perforation, non comme un phénomène curatif, mais comme un épisode accidentel survenu au cours de l'évolution de l'ulcus.

Mais à cette idée d'ulcus ancien calleux nous opposerons les faits que nous avons mis en évidence en comparant la date d'évolution de l'ulcus et sa forme anatomique.

Nous avons pu conclure que la forme anatomique n'était pas en réalité fonction de l'évolution plus ou moins ancienne; un ulcus âgé chronique n'est pas forcément un ulcus induré et calleux.

Nous nous sommes attachés à montrer que bien plus souvent le siège de l'ulcus déterminait, quel que soit son âge, la forme anatomique.

Si bien que nous nous permettons de conclure qu'en général, les ulcus pyloro-duodénaux à évolu-

tion rapide ou lente..., souvent souples ou peu indurés, relèvent de la suture et que dans la suite on aura toutes les chances de les voir guérir par la simple suture.

Comme il s'agit de la grosse majorité des ulcus perforés, nous pouvons estimer déjà que toute intervention à prétention curative aura des chances de se trouver inutile.

Au contraire, nous nous attendons à trouver souvent des ulcus indurés largement et impossibles à suturer sans avoir recours à la plicature, quand nous tombons sur un ulcus du corps de l'estomac, ou de la petite courbure.

Dans ce cas, les suites opératoires et les résultats tardifs peuvent ne pas être une évolution vers la guérison de la maladie ulcéreuse.

Nous sommes prévenus que de par leur siège, dans certains cas; nous serons obligés de réintervenir, mais avec quelle fréquence? Notre statistique n'est pas très fournie à ce sujet. Sur les cas guéris de la première intervention, on a été obligé de faire la gastro-entérostomie seulement chez deux malades. Une fois très tardivement chez un malade suturé d'une perforation duodénale en 1918, qui présentait, en 1923, un retard dans l'évacuation gastrique, constaté à la radioscopie, et des douleurs faisant penser à un ulcus pylorique ou juxta-pylorique.

Il nous semble que, dans ce cas, l'on ait eu affaire à une récurrence de la maladie ulcéreuse sur le pyllore.

Un deuxième malade fut gastro-entérostomisé secondairement par M. Lapointe, non pas en raison de la gêne ou des troubles douloureux, mais plutôt par système.

A part ces deux °cas, les malades suivis furent laissés sans intervention secondaire.

Pour nous qui avons suivi douze malades depuis leur perforation, depuis un an pour certains, depuis six mois pour d'autres, nous pouvons assurer qu'aucun ne présente à l'heure actuelle de troubles douloureux ou de troubles mécaniques.

Mais si, dans la suite, nous trouvions chez l'un de nos malades une récurrence de la maladie ulcéreuse, nous aurions la possibilité de faire à froid une intervention curative, moins choquante que celle que nous eussions pratiquée à chaud.

Les résultats tardifs de la suture sont donc plus encourageants que ne semblent le dire ses détracteurs, puisque, en réalité, la plupart des ulcères présentent les caractères anatomo-pathologiques qui permettent d'espérer la guérison dès l'intervention par la simple suture, et en tous cas nous nous sommes bornés à l'intervention minima qui, à chaud, satisfait le plus aux conditions de toute intervention d'urgence.

Technique de la Suture simple

Nous nous excusons de donner la technique suivie dans le service du Docteur Lapointe. L'intervention est tellement simple qu'il semble un peu prétentieux d'en donner une technique spéciale.

Cependant nous insisterons sur les différents temps qui nous permettent de considérer avec confiance les résultats.

Anesthésie.

En général, nous avons toujours fait précéder l'intervention et l'anesthésie d'une piqûre de morphine de 1 centigramme, même chez les malades fortement choqués.

En même temps nous avons l'habitude d'injecter dix à vingt centimètres cubes d'huile éthérée camphrée du Codex. Le temps passé à préparer le malade permet à la morphine d'agir, et ménage une anesthésie plus calme et moins difficile à donner avec des quantités d'anesthésie infiniment moins grandes.

Nous donnons de l'éther ou du chloroforme suivant l'état pulmonaire du patient.

Position du malade :

Avant de commencer l'intervention, au moment où le malade dort, on fait glisser un gros billot formé par une ou des alèzes roulées sous la base du thorax.

On enlèvera ce billot au moment où l'on refermera la paroi.

Nous trouvons de multiples avantages à cette manière de faire : exposition plus parfaite de la région à opérer, dégagement de la zone sous-hépatique qui devient moins profonde et mise en lumière du canal duodéno-pylorique, avec moins de tiraillements sur les mésos.

Position du chirurgien :

Le chirurgien se met à droite.

Voie d'abord :

L'incision médiane ombilico-xyphoïdienne donne souvent un jour suffisant mais, lorsque le diagnostic ferme de perforation duodéno-pylorique est fait, il semble préférable de faire l'incision de Sprengel. Si l'on est gêné on pourra adjoindre à cette incision horizontale une incision verticale sur la ligne égale. Il faut voir clair, c'est le premier point important qui rend l'opération facile.

Exploration de l'estomac et du duodénum :

La suture :

Deux cas : 1° La lésion est petite et faiblement indurée ; 2° la perforation est de grande taille et largement indurée.

1° La lésion est petite et faiblement indurée : sur le canal duodéno-pylorique, il nous semble préférable de faire au pourtour, en tissus sains, une bourse au catgut fin 00, en passant le fil largement dans la tunique séro-musculaire. On réalise

ainsi un enfouissement comparable à celui que l'on fait pour le moignon appendiculaire. Un deuxième plan est constitué soit par une seconde bourse séro-séreuse, soit par un surjet vertical pour éviter de trop rétrécir le calibre du canal duodéno-pylorique. Si l'on craint que la bourse soit impraticable, on fait deux surjets séro-musculaires dans le sens vertical. Faire un premier point en X perforant peut également obturer l'orifice, mais nous préférons des points non perforants.

2° La lésion est large, et très fortement indurée sur une surface très étendue. Le principe déjà appliqué dans le cas précédent doit être encore mis en pratique : passer les fils en tissus sains. Si on n'obéit pas à cette règle, on marchera d'échec en échec. Passer donc un fil en bourse, si l'étoffe s'y prête, pratiquer un enfouissement large séro-musculo-séreux.

Si l'on craint de ne pouvoir enfouir la lésion par ce procédé, ne pas hésiter à passer des points séparés largement en dehors de la masse indurée.

Il faut de l'étoffe pour recouvrir une surface large, donc ne pas craindre de prendre au loin, surtout si l'on se trouve à la face antérieure de l'estomac.

On fera ainsi, en nouant les fils une fois le dernier point passé, une suture verticale qui recouvrira largement et sans grands tiraillements toute la lésion.

Un second plan sera constitué par un surjet séro-séreux vertical qui fera l'occlusion complète.

On aura travaillé ainsi en tissus sains, et la déhiscence secondaire ne sera pas à craindre, grâce au large endossement des surfaces péritonéales.

Faut-il faire une gastro-entérostomie?

C'est inutile dans le cas de perforation éloignée du pylore, la plicature n'entraîne pas, comme l'insinuent certains auteurs, des troubles de la mécanique gastrique.

C'est inutile dans le cas de suture sur le canal duodéno-pylorique, à moins de perforations multiples qui entraîneraient une striction très nette du canal.

Nous avons d'ailleurs cité l'observation classique de Gibson. En effet, on diminue seulement la hauteur de la demi-circonférence antérieure, la demi-circonférence postérieure va se prêter et, l'œdème et le spasme disparus, les suites opératoires prouveront dans la presque totalité des cas que les craintes de sténoses étaient illusoires; le rétrécissement anatomique ne correspond en rien au rétrécissement fonctionnel.

Toilette de la cavité péritonéale :

Elle est souvent difficile, mais il faut la faire du mieux possible, avec des tampons montés, jusque dans les fosses iliaques. L'assèchement de la cavité péritonéale empêchera souvent la formation d'abcès tardifs et localisés et préviendra de la péritonite tardive à bas bruit.

Même lorsque l'assèchement aura pu être fait d'une façon satisfaisante, il nous semble indispensable de laisser une soupape de sûreté.

Faut-il drainer?

Ne pas laisser en tous cas de drainage au contact de la suture, dit-on classiquement.

Pour nous, nous avons souvent vu drainer dans le cas de perforation duodéno-pylorique la région sous-hépatique.

Le drain laissé 24 heures ou 48 permet l'aspiration.

Il est souvent également très prudent de laisser un drain dans le Douglas surtout lorsque l'épanchement semble extrêmement abondant, ou lorsque le malade est arrivé fort tard.

Cependant si l'on se trouve en présence d'une perforation à peu près couverte comme dans l'observation de M. X., avec très peu de liquide, la toilette péritonéale faite et comme il s'agit d'un cas dans les premières heures, il sera tout à fait indiqué de fermer sans drainage.

Fermeture de la paroi :

On peut fermer soit au bronze en un plan surtout si le malade est arrivé tardivement, soit en deux plans au crin ; on évitera ainsi, par ce procédé en deux plans aux fils non résorbables, les éventrations que l'on peut voir survenir lorsqu'on ferme la paroi en un plan.

Suites opératoires :

La première journée s'abstenir de donner au malade quoi que ce soit par la bouche, mettre un goutte à goutte rectal de sérum glucosé isotonique et au besoin, si l'on juge qu'il est arrivé en état de déshydratation, lui faire deux litres de sérum glucosé isotonique ou du sérum salé par voie sous-cutanée.

Veiller à ce que la bouche soit humectée et nettoyée plusieurs fois par jour. Faire brosser les dents avec un mélange tiède de sérum et d'eau oxygénée.

Mettre plusieurs fois par jour, dans chaque narine, quelques gouttes d'huile goménolée.

Dès le lendemain alimentation : lait coupé d'eau de Vittel.

Nous n'avons pas hésité à faire prendre dès le quatrième jour, des purées, des compotes et nos malades ont semblé s'en trouver très bien.

Dans la suite, nous mettons pendant longtemps (six mois, un an) les malades au régime de Sénator ou de Cippy.

Statistique opératoire

STATISTIQUE DU DOCTEUR LAGOUTTE

1° Tamponnement et simple drainage :

Observation n° 13. — Homme 65 ans, opéré à la 6^e heure d'une perforation lenticulaire sur le duodénum, mais la suture est impossible à faire : tous les fils coupent. Mort.

Observation n° 21. — Ulcère de la face postérieure du cardia impossible à suturer. Opéré à la 3^e heure chez un homme de 70 ans. Mort.

Observation 26. — Homme 62 ans, opéré à la 10^e heure $\frac{1}{2}$ d'un ulcus de la petite courbure présentant grosse perforation impossible à suturer. Mort.

Observation n° 33. — Homme. Perforation duodénale à bas bruit, état extrêmement précaire ; on ne peut faire que le minimum. Mort.

II° Suture et gastro-entérostomie :

Observation n° 3. — Homme 31 ans, opéré à la 3^e heure pour une perforation lenticulaire du duo-

num, 1^{re} portion, induration de la largeur d'une pièce de 50 cent. Guéri.

Observation n° 5. — Homme 29 ans, perforation lenticulaire sur le duodénum, opéré à la 19^e heure ; mort d'occlusion.

Observation n° 15. — Homme 21 ans, opéré à la 1^{re} heure $\frac{1}{2}$ pour une perforation d'un ulcus calleux du duodénum. Guéri.

Observation n° 24. — Homme 58 ans, perforation de l'estomac large comme une pièce de 0,50 cent. ; plicature du canal pyloro-duodénal recouvre la perforation. Gastro. Guéri.

III°. Résection gastrique large :

Observation n° 18. — Homme, 70 ans, présentant un ulcus pré-pylorique largement induré avec une perforation de la dimension d'une lentille, opéré à la 3^e heure. Mort.

IV° Suture simple : 23 cas avec 4 morts.

1 gastro-entérostomie secondaire cinq ans après la suture.

STATISTIQUE DU DOCTEUR LAPOINTE

Suture simple : 28 cas avec 6 morts.

1 gastro-entérostomie secondaire.

Résultats tardifs : à considérer pour la suture

simple sur 50 cas (deux mauvais pour la suture simple puisque gastro-entérostomie secondaire) soit 33 cas qui semblent être guéris définitivement.

Résultats statistiques

Statistiques globales : 61 cas, 18 morts, soit 29,5 %.

Sur cette mortalité globale, il faut compter :

1° Mortalité en cas de tamponnement : 4 cas sur 4, soit 100 %.

2° Mortalité dans les cas traités par la gastro-entérostomie : 1 cas sur 4, soit 25 %.

3° Mortalité dans la suture simple, 10 cas sur 50, soit 20 %.

Ces chiffres appartiennent à une statistique brute sans envisager ni le siège de l'ulcus ni l'heure de l'intervention.

Mortalité d'après le siège de l'ulcus, traité par la suture simple :

1° Ulcus du duodénum : 4 cas sur 30, soit 13,3 %.

2° Ulcus de l'estomac : 7 cas sur 22, soit 31,8 %.

On constate une disproportion énorme entre la gravité de l'ulcus perforé de l'estomac et celle de l'ulcus perforé du duodénum.

Mortalité d'après l'heure dans les ulcus traités par la suture simple :

Avant la douzième heure : 6,5 %.

Après la douzième heure : 38, %.

Notre statistique, qui semble péjorative quant aux résultats de la suture simple, est en réalité excellente si l'on veut bien considérer l'heure et le siège de la perforation.

Observations

7 observations d'Ulcères perforés du Duodénum de M. Lagoutte, (du Creusot). publiées à la Société de Chirurgie de Lyon. en 1914.

OBSERVATION I

D... Louis, contre-maître, 34 ans, à la 4^e heure.

Perforation le 10 novembre 1911, à 11 heures.

Aucun antécédent gastrique. Pouls : 90. T° 37,5. Pas de vomissements.

Intervention à 14 h. 30. Incision appendiculaire : appendice sain. Incision médiane sus-ombilicale : perforation de la face antérieure de la deuxième portion du duodénum. Enfouissement séro-séreux perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Capitonnage épiploïque. Drainage de la perforation et du petit bassin.

Guérison. Revu 3 ans après : bonne santé, aucun trouble.

OBSERVATION II

J. M..., contre-maître, 49 ans, à la 3^e heure.

Perforation le 23 octobre, à 7 heures.

Depuis une dizaine d'années, troubles digestifs caractérisés par des malaises et des nausées. Pouls : 80. T° 37,8. Un vomissement.

Intervention à 9 h. 30 ; incision médiane sus-ombilicale : perforation lenticulaire de la première portion du duodénum. Surjet séro-séreux, avec tampon épiploïque. Drainage sous-hépatique.

Guérison rapide, le malade sort le 9 novembre.

OBSERVATION III

P... Camille, manoeuvre, 31 ans, à la 3^e heure.

Perforation le 16 décembre 1913, à 21 heures.

Douleurs gastriques depuis plusieurs années, exagérées dans les derniers temps. Pas d'hématémèses.

Intervention à 21 h. 30. Incision médiane sus-ombilicale : perforation lenticulaire de la première portion du duodénum, sur une induration du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Suture séro-séreuse laborieuse. L'intestin semblant rétréci, gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. Drain dans le Douglas.

Guérison rapide ; sort le 5 janvier 1914.

OBSERVATION IV

P... Gabriel, monteur, 29 ans, à la 28^e heure.

Perforation le 1^{er} février, à 7 heures.

Intervention le 2 février, à 11 heures. Incision médiane sus-ombilicale : pus abondant et liquide alimentaire dans l'abdomen, fausses membranes ; perforation lenticulaire de la première portion du duodénum. Enfouissement séro-séreux ; lavage rapide. Drain duodénal et pelvien.

Mort 12 heures après.

OBSERVATION V

M... Charles, manoeuvre, 29 ans, à la 19^e heure.

Perforation le 31 mars à 19 heures. Douleurs gastriques dans les derniers mois. Etat grave ; pouls petit et rapide.

Intervention le 1^{er} avril, à 11 h. 30. Laparotomie sus-ombilicale : liquide sale, fausses membranes, débris alimentaires. Perforation à l'union de la première et de la deuxième portion. Enfouissement séro-séreux avec tampon épiploïque ; gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay ; drainage du Douglas.

Evolution satisfaisante jusqu'au 10^e jour, malgré une température à 38° et 39°. A ce moment, réaction péritonéale à foyers localisés ; occlusion intestinale : incision d'une anse herniée par la suture désunie.

Mort le 24 avril.

OBSERVATION VI

G... Auguste, menuisier, 34 ans, à la 3^e heure.

Perforation le 19 avril 1914 à 16 heures. Pouls normal. T° 38,2.

Intervention à 18 h. 30. Laparotomie latérale, sur laquelle on branche une incision transversale : bouillon sale ; perforation lenticulaire duodénale. Enfouissement difficile ; gastro-entérostomie postérieure au bouton. Drain dans le Douglas. Anesthésie pénible.

Le malade succombe 24 heures après, avec sédation des troubles péritonéaux, mais symptômes pulmonaires.

9 observations d'Ulcères perforés du Duodénum, de M. Lagoutte (du Creusot), rapportées par M. Lapointe à la Société de Chirurgie de Paris, le 13 Octobre 1920.

·OBSERVATION VII ·

G. L. François, contrôleur, 39 ans, à 14 3^e heure.

Perforation le 21 avril 1914, à 17 heures. Quelques malaises gastriques sans importance. Pouls : 80. T° 38,2.

Intervention à 19 heures. Incision de Kehr : gaz et liquide dans le péritoine ; perforation lenticulaire de la première portion. Enfouissement séro-séreux avec tampon épiploïque. Aucun drainage.

Guérison rapide.

OBSERVATION VIII

Homme de 29 ans. Pris le 1^{er} octobre 1917, à 17 heures, d'une violente douleur abdominale. A 20 heures : ventre en bois, avec maximum de douleur en haut et à droite. Nausées sans vomissements. Pouls : 80. T° : 37,6.

A la 4^e heure, incision en baïonnette. Liquide louche en abondance. Perforation comme une tête d'épingle en verre au centre d'une masse calleuse sur la face antérieure de la première partie du duodénum.

Enfouissement au catgut et tampon épiploïque. Toilette du foyer à la trompe et avec des tampons. Fermeture complète du ventre, avec drainage du Douglas par une boutonnière sus-pubienne qui a donné issue à un flot de liquide jaunâtre. Position de Fowler et goutte-à-goutte rectal.

Guérison, état ultérieur inconnu.

OBSERVATION IX

Homme de 36 ans. Douleurs tardives depuis deux mois. Le 9 janvier 1918, à 16 heures, douleur aiguë brusque et signes habituels de la perforation.

Intervention, deux heures après le début des accidents. Petite perforation d'un ulcus calleux de la première portion du duodénum. Même technique que dans le cas précédent, mais sans drainage du petit bassin.

Guérison. Mort un an plus tard de diabète à marche rapide.

OBSERVATION X

Homme de 17 ans. Aucun passé gastrique. Le 6 février 1918, à 17 heures, syndrome douloureux diffus à début brusque.

A 20 heures, incision en baïonnette, d'abord limitée à sa branche inférieure pour explorer l'appendice qui est sain. Perforation lenticulaire du premier segment duodénal. Même technique que précédemment, mais avec drain sus-pubien.

Guérison. Revu le 25 mai 1920 ; santé parfaite, n'a plus jamais souffert de l'estomac.

OBSERVATION XI

Homme de 40 ans. Le 12 février 1918, après deux jours de douleurs gastriques tolérables, est pris, à 15 heures, d'une douleur violente et brusque. Ventre en bois ; maximum de la douleur à droite ; vomissements ; pouls à 85.

Intervention à 17 heures. Même incision. La perforation, comme une tête d'épingle en verre, siège sur la face antérieure de la première portion du duodénum. Technique habituelle avec drain sus-pubien.

Guérison. Actuellement deux ou trois mois après l'opération, état de santé excellent. Aucun trouble subjectif appréciable.

OBSERVATION XII

Homme de 38 ans, ayant depuis longtemps des douleurs tardives. Le 26 mars 1918, à 11 heures, syndrome d'ulcus perforé.

A 15 heures, intervention. Trou comme une tête d'épingle en verre sur une large base indurée de la première portion. Enfouissement laborieux par suture séro-séreuse, renforcée par accolement de l'estomac et de l'épiploon. Drain sus-pubien, avec issue d'une grande quantité de liquide jaune sale.

Revu en mai 1920 : très bonne santé ; n'a plus souffert de l'estomac depuis. Ewentration cicatricielle.

OBSERVATION XIII

Homme de 68 ans, souffrant de l'estomac depuis longtemps. Début des accidents le 10 octobre 1918, à 6 heures.

Intervention à midi. Contracture généralisée, pas de vomissements, pouls normal. Incision ondulée. Issue en abondance de gaz et de liquide puriforme. Au centre d'une énorme masse indurée de la première portion du duodénum — peut-être néoplasme — tentative d'oblitération d'une perforation lenticulaire. Mais tous les fils coupent. Avec les organes voisins, l'épiploon, des mèches et un drain, on tâche de circonscrire le foyer. Drain sus-pubien. Mort dans la journée.

OBSERVATION XIV

Homme de 23 ans. Sobre et sans passé gastrique.

Le 29 mars 1920, à 6 heures, début brutal des accidents. A 9 heures, incision ondulée. Perforation lenticulaire de la première portion. Fermeture par la technique habituelle avec drain sus-pubien.

Guérison. Revu le 25 mai 1920 ; ne souffre plus de l'estomac.

OBSERVATION XV

Homme de 21 ans. Quelques troubles gastriques antérieurs. Le 24 juillet 1920, à 17 heures, douleur abdominale brusque. Vu une heure après ; se tient courbé en deux, contracture dans la région sous-hépatique. Ni vomissements, ni shock ; pouls : 80.

A 18 heures 30, incision médiane sus-ombilicale (D^r Bourret). Perforation comme un pois, au centre d'une masse dure et blanchâtre de la première portion du duodénum. Enfouissement par deux plans séro-séreux et gastro-entérostomie complémentaire par crainte d'un trop grand rétrécissement du duodénum. Drain sus-pubien.

Guérison. Le 1^{er} octobre 1920, le malade ne se plaint d'aucun trouble gastrique.

OBSERVATION XVI

Homme de 15 ans, souffrant depuis longtemps de l'estomac. Début brusque des accidents abdominaux, le 25 juillet 1920, à 11 heures.

Opération à 16 heures 45, soit 5 heures 45 après le début (D^r Bourret). Incision médiane. Perforation lenticulaire de la première portion du duodénum, sans modification des parois. Enfouissement séro-séreux. Drain sus-pubien.

Guérison. Revu en très bon état le 1^{er} octobre 1920.

**17 observations inédites communiquées
par M. Lagoutte (du Creusot)**

En plus des sept observations communiquées à la Société de Chirurgie de Lyon en 1914, et pour lesquelles le Docteur LAGOUTTE signale seulement que le malade de l'observation 11 n'a plus jamais souffert de l'estomac (le docteur LAGOUTTE venant de l'opérer à nouveau avec succès pour un néoplasme du colon pelvien) et des neuf observations communiquées à la Société de Chirurgie en 1920 par le Docteur LAPOINTE, nous avons encore 17 observations du Docteur LAGOUTTE pour des perforations d'ulcus ; ces observations sont inédites.

Cependant M. LAGOUTTE nous a signalé quelques modifications pour les observations communiquées à la Société de Chirurgie.

Le malade de l'observation 23 est revenu à nouveau en mars 1923, se plaignant de digestions longues et pénibles. On a trouvé à la radioscopie un retard à l'évacuation gastrique. Le D^r LAGOUTTE lui a fait une gastro-entérostomie.

Le malade de l'observation 9 était âgé de 31 ans et non de 15, comme il était indiqué dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*.

Sur les 17 observations qu'il nous a communiquées on trouve 11 perforations d'ulcus duodénaux et six d'ulcères de l'estomac. Ce sont les observations suivantes :

OBSERVATION XVII

S... Cl..., 38 ans, opéré le 23 mars 1919.

L'intervention a eu lieu deux heures après le début de la perforation. Incision de Kher. On découvre la perforation sur la première portion du duodénum. Elle siège au milieu d'une zone indurée. Simple enfouissement. Assèchement du péritoine, fermeture complète de la plaie opératoire ; on pratique une incision sus-pubienne pour placer un drain dans le Douglas. Guérison.

OBSERVATION XVIII

Q..., 70 ans, opéré le 6 mai 1920.

Le malade souffrait depuis quelque temps de l'estomac. Il est pris le jour de sa perforation d'une douleur le matin. Cependant il prend son repas à 14 heures et c'est alors qu'il est saisi d'une violente douleur.

Il est mené à l'Hôtel-Dieu avec tous les symptômes d'une perforation gastrique. Laparotomie à 17 heures : incision de Kher. On trouve une perforation lenticulaire béante sur la face antérieure de l'estomac dans la région prépylorique. Tout autour il existe une large zone indurée.

Résection médio-gastrique et fermeture complète de la paroi avec drainage sus-pubien.

Mort le 10 mai avec des symptômes asthéniques sans réaction péritonale.

OBSERVATION XIX

G... Germaine, âgée de 20 ans, opérée le 31 juillet 1920. La malade est amenée d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour une péritonite généralisée. Elle souffrait déjà depuis huit jours et elle

a été prise d'une douleur brusque et violente 24 heures auparavant.

Intervention immédiate (Docteur Bourret).

Incision de la fosse iliaque droite : l'appendice est sain.

Incision sus-ombilicale médiane, on trouve une perforation présentant les dimensions d'une pièce de 50 centimes sur la face antérieure de l'estomac, au milieu de la petite courbure. L'oblitération de l'orifice en trois plans est très laborieuse. On enlève, en asséchant le péritoine, du pus, des fausses membranes et des débris alimentaires en abondance.

On place un drain avec une mèche dans la région de la perforation. Incision sus-pubienne et drain dans le Douglas.

Mort deux heures après. •

OBSERVATION XX

V... Jean, 40 ans, opéré le 18 septembre 1920. Le début des accidents se fait à 10 heures du matin. On intervient à 13 heures et demie. Il présente des symptômes habituels de la perforation gastrique, sauf de la contracture à gauche dans la région épigastrique et dans la fosse iliaque gauche. On pense à une perforation de l'estomac et non du duodénum. Laparotomie médiane. On trouve une perforation de la petite courbure au centre d'une grosse zone indurée (ulcus calleux). Enfouissement sous un large pli vertical. Assèchement du péritoine. Fermeture complète de la paroi. Mais on fait une incision sus-pubienne pour mettre un drain dans le Douglas.

Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXI

N..., opéré le 7 novembre 1920.

Débuts brusques à 4 heures de l'après-midi. On l'amène à

l'Hôtel-Dieu à 7 heures. Il a une douleur abdominale intense avec une contracture généralisée. Laparotomie médiane sus-ombilicale avec débridement transversal à droite. Le péritoine est rempli de liquide purulent.

La recherche de la perforation est très longue ; on la trouve sur la face postérieure de l'estomac tout près de la petite courbure et très haut vers le cardia. De plus elle est très étendue. Il est impossible de la suturer d'une façon satisfaisante ; on laisse un gros drain et un tamponnement de la région.

On pratique une incision sus-pubienne et on place un drain dans lequel s'écoule en abondance un liquide purulent avec des mucosités gastriques.

Mort dans les 24 heures.

OBSERVATION XXII

B... Antoine, 59 ans, opéré le 15 février 1921. Débuts à 4 heures ; intervention à 5 h. 30.

Laparotomie médiane sus-ombilicale avec petit débridement transversal droit. On trouve une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle en verre de la première portion du duodénum au centre d'une masse calleuse. Simple enfouissement. Toilette du péritoine avec aspiration, incision et drain sus-pubien.

Guérison.

OBSERVATION XXIII

G... Jean, 37 ans, opéré le 27 février 1921.

Débuts à 9 heures du matin ; intervention à 13 heures. Laparotomie médiane sus-ombilicale avec débridement transversal à droite. Perforation de la première portion du duodénum grosse comme une tête d'épingle.

Simple enfouissement. Toilette péritonéale par aspiration et par tampons. Fermeture de la paroi, incision et drain sus-pubien.

Guérison.

OBSERVATION XXIV

V... Jean, 58 ans, opéré le 18 avril 1921.

Le malade souffrait déjà depuis longtemps. Il présentait des douleurs plus vives avec hématomésés dans les trois derniers jours. A 4 heures du matin, le 18 avril, il est pris d'une douleur très violente, brutalement. Laparotomie médiane sus-ombilicale avec débridement transversal à droite. On trouve un liquide louche avec des exsudats dans la région pylorique. La face antérieure du duodénum est appliquée contre le pylore et déjà adhérente, obturant une perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. On consolide et on complète l'obturation par une suture fixant la face antérieure du duodénum à la face antérieure du pylore. Gastro-entérostomie complémentaire. Incision et drain sus-pubien.

Guérison.

OBSERVATION XXV

N... Joseph, 40 ans, opéré le 31 octobre 1921, le malade est amené à la trentième heure de sa perforation avec des signes de péritonite en voie de généralisation. Le diagnostic hésite entre péritonite appendiculaire et perforation du duodénum. Incision dans la fosse iliaque droite sur le bord externe du muscle droit. On trouve un peu de pus entre les anses grêles. L'appendice est rouge et turgescant. Appendicectomie. On prolonge l'incision vers le haut en la recourbant sur le rebord costal. On trouve une perforation à

l'union des première et deuxième portions du duodénum, sur une masse indurée assez volumineuse. Grosse difficulté pour faire la suture. Fermeture complète de la paroi, incision et drain sus-pubien.

Mort le troisième jour.

OBSERVATION XXVI

B... Antoine, 62 ans, opéré le 5 février 1922.

Ce malade souffrait depuis longtemps de l'estomac. Pris d'une douleur violente à 7 heures du matin, il appelle le médecin, qui pratique le taxis sur une hernie volumineuse, irréductible. Mais cette hernie n'était pas tendue. Finalement on envoie le malade à l'Hôtel-Dieu, pour kélotomie. A son arrivée le malade a un ventre en bois avec une douleur vive généralisée. Laparatomie à 5 heures et demie du soir. On trouve un liquide abondant dans le ventre (Bouillon absorbé le matin et liquide bilieux). Il existe un ulcus de la petite courbure, calleux, avec une grosse perforation au centre. Impossible de le suturer ni de le réséquer. On place alors un drain dans la perforation et on la suture à la paroi. On mèche tout autour. Incision et drain sus-pubien, le malade échappe au danger immédiat de la péritonite et semble se rétablir. Mais il finit par succomber le 1^{er} mai, un mois après l'intervention par cachexie progressive (dénutrition par fistule gastrique, ulcération de la paroi, pleurésie intercurrente).

OBSERVATION XXVII

G... Joseph, 46 ans, opéré le 27 juin 1922.

Débuts le 22 juin par des douleurs et des vomissements, il a continuellement vomi depuis. Le 26, à 4 heures du soir, il est pris d'une douleur brusque intense. On pense qu'il y a

d'abord eu une fissuration avec réaction locale, puis perforation et inondation à ce moment. Intervention immédiate. D'abord incision sus-pubienne et drain dans le Douglas. On évacue ainsi une très grande quantité de liquide muqueux et bilieux. Incision épigastrique comme d'habitude. On trouve une perforation lenticulaire de la face antérieure de la première portion du duodénum. Enfouissement par suture. Evacuation du liquide ; assèchement par tampons et aspirations. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

C... Léon, 48 ans, opéré le 28 mai 1923. Début à 11 heures du matin ; intervention à 16 heures. Laparotomie ondu-lée. Ulcère perforé de la première portion du duodénum. Simple enfouissement. Assèchement du péritoine. Fermeture de la paroi. Incision et drain sus-pubien.

Guérison.

OBSERVATION XXIX

C... Jeanne, 47 ans, opérée le 5 juillet 1923.

La malade est amenée le 3 juillet à l'Hôtel-Dieu, dans l'après-midi. Très cachectique. Elle a un ventre ballonné et présente des vomissements. Pas de température. Cette femme, peu intelligente, s'exprime fort mal et ne peut nous mettre exactement au courant de la situation et de son infection. On pense à une occlusion par néoplasme. Le 5, les accidents d'occlusion semblent s'aggraver. Le poulx devient franchement mauvais et la malade souffrant de plus en plus on se décide à faire un anus cœcal. Incision de la fosse iliaque gauche. On trouve un liquide huileux dans la cavité péritonéale. On prolonge l'incision par en haut. On trouve alors

une perforation de la première portion du duodénum. Simple enfouissement. Assèchement du péritoine aux tampons et par aspirations. Fermeture de la paroi, incision et drain sus-pubien.

Guérison.

La malade est revenue un an après à l'Hôtel-Dieu avec un néoplasme de l'estomac généralisé, auquel elle a succombé.

OBSERVATION XXX

M... Pierre, 62 ans, opéré le 6 octobre 1923.

Le malade est saisi d'une douleur brutale à la sortie de son travail. Il est amené directement à l'Hôtel-Dieu. La contraction abdominale est peu nette. A 10 heures les symptômes sont peu accusés, la défense musculaire est généralisée. Intervention par le Docteur Bourret ; incision médiane sus-ombilicale, perforation lenticulaire de la région prépylorique, face antérieure ; enfouissement sous deux plans de suture. Fermeture de la paroi. Incision et drain sus-pubien.

Guérison.

OBSERVATION XXXI

M... J..., 34 ans, opéré le 27 janvier 1924. Début à 9 heures du soir, le 26 janvier. Il est amené à l'Hôtel-Dieu le lendemain matin ; on intervient immédiatement. Laparotomie médiane sus-ombilicale sur laquelle on branche une incision transversale à droite, on trouve une perforation lenticulaire du duodénum avec une zone d'induration. Simple enfouissement par suture séro-séreuse. Liquide en abondance dans le péritoine ; assèchement par tampons et aspirations. Fermeture complète de la paroi. Incision et drain sus-pubien.

Guérison. Mais après complication pulmonaire.

OBSERVATION XXXII

D... J..., opéré le 1^{er} septembre 1924. Débuts à 2 heures et demie ; on intervient à 4 heures et demie. Incision de Kher. On trouve une petite perforation de la première portion du duodénum. On fait un simple enfouissement. Fermeture complète de la paroi. Incision et drain sus-pubien.

Guérison.

OBSERVATION XXXIII

D... Pierre, 40 ans.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 4 décembre 1924 pour une hernie inguinale. On pratique le 5 la cure radicale.

Le soir et le lendemain, le malade se plaint du ventre. On n'y attache pas grande importance et l'on se borne à prescrire un petit lavement. Le pouls et la température restent normaux. Le surlendemain, le 7 décembre, on trouve le malade en pleine péritonite généralisée. La température est montée à 39°5. Le pouls est incomptable. Immédiatement on rouvre la plaie de la cure radicale de la hernie et on la transforme en une large incision de la fosse iliaque. Rien d'anormal dans la paroi, mais il y a du pus et des fausses membranes dans le ventre. On s'aperçoit que le liquide vient d'en haut. On prolonge l'incision jusqu'au rebord costal.

Il existe une perforation béante de la première portion du duodénum. Il est impossible de l'oblitérer convenablement. Du reste le malade baisse rapidement et on se borne à tamponner la région et à assécher tant bien que mal le reste du ventre.

Mort deux heures après.

Dans ce cas, bien que nous ayons eu le malade sous la main, dit M. Lagoutte, l'intervention est arrivée trop tardivement. La symptomatologie habituelle a manqué, en particulier

la douleur brutale. Il est probable que la perforation s'est faite lentement et qu'il n'y a pas eu d'inondation brusque, mais développement insidieux de la péritonite. Le malade était au repos au lit.

Observations du Service du Docteur Lapointe

Nous avons relevé dans le cahier d'opérations du service les observations suivantes ayant trait aux ulcus perforés.

OBSERVATION I

S..., 40 ans, opéré le 13 février 1919. Suture simple d'une perforation d'un ulcère de la petite courbure très près du pylore et datant de 8 heures.

Le malade guérit. Mais il dut présenter des troubles de l'évacuation gastrique, tels qu'on lui fit une gastro-entérostomie le 29 mars 1919. Le malade, revu depuis, se porte très bien ; il mange comme tout le monde, c'est à dire comme ses camarades d'atelier.

OBSERVATION II

V... François, 51 ans, opéré le 5 avril 1919 ; le malade présentait à son entrée un ulcère de l'estomac perforé depuis 4 jours. Il est amené en pleine péritonite. On note du météorisme sans péristaltisme, un arrêt complet des matières et des gaz, une douleur prédominante dans la fosse iliaque droite. A l'intervention on trouve un ulcus en selle du tiers supérieur de la petite courbure. Suture et drainage de la région.

Mort trente-six heures après l'intervention.

OBSERVATION III

B... René, 37 ans, opéré à la 23^e heure de sa perforation, le 9 janvier 1921. La douleur brusque débute en sortant de la consultation du Docteur Lenoir, où il venait pour un ulcère ancien. Il entre dans le service avec une douleur maxima dans

la fosse iliaque droite. On pense à une appendicite ; anesthésie rachidienne. Incision au point de Mac-Burney. L'appendice, quoique rouge, est sain, mais il existe un écoulement de liquide bouillon sale, qui sort de la plaie péritonéale avec des gaz. Le petit bassin est plein de pus.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Sur la face antérieure du canal pylorique on trouve une perforation (grosueur d'une tête d'épingle). On fait une pointe de feu sur cette perforation et on enfouit facilement. Cette perforation était entourée d'une petite zone indurée, mais il est facile de la recouvrir. Pas de gastro-entérostomie. On ferme la paroi sans drainage.

Le malade sort guéri le 10 février. La radioscopie faite à sa sortie révèle un estomac normal, très mobile, le pylore parfaitement perméable. Le docteur Lapointe a reçu des nouvelles de ce malade deux ans après l'intervention. Il se porte très bien, mange de tout, sans jamais se plaindre de son estomac.

OBSERVATION IV

B... Alexis, opéré le 19 avril 1921 d'une perforation d'ulcus à la sixième heure. Intervention.

Incision médiane sus-ombilicale. Le péritoine ouvert, il sort de la plaie des gaz et un liquide abondant. On trouve une perforation de la région cardiaque sur la face antérieure de l'estomac en une large zone épaissie et indurée. La suture est extrêmement difficile du fait de la friabilité du tissu. On recouvre cette suture par un morceau d'épiploon. Drainage dans le Douglas. Le malade meurt le 23 avril 1921.

Autopsie :

1° Aucune trace de péritonite, les sutures ont tenu. Le catgut n'est pas encore résorbé.

2° Le siège exact de la perforation est plus près du pylore que du cardia.

3° Les parois gastriques sont redevenues souples et à peu près normales.

4° On fait sauter la suture. Les parois de la perforation semblent tenir parfaitement, la cicatrice semble s'être déjà constituée.

OBSERVATION V

T... Hector, 64 ans, opéré le 22 avril 1922, à la 9^e heure. On trouve après laparotomie sus-ombilicale une perforation lenticulaire sur la face antérieure de l'estomac en une zone calleuse très large. La suture est très difficile. Fermeture après drainage. Mort 48 heures après.

OBSERVATION VI

G... Georges, 34 ans, opéré le 8 octobre 1922, à la 11^e heure. A l'intervention on trouve une perforation grosse comme un pois, sur une zone indurée, près de la petite courbure, sur la face antérieure de l'estomac. La cavité péritonéale contient beaucoup de liquide. On pratique la suture et on ramène l'épiploon sur la brèche. On laisse un drainage. Le malade sort guéri.

OBSERVATION VII

C... Paul, 53 ans, opéré le 8 octobre 1922, au 4^e jour de sa perforation.

On trouve dans un magma purulent une perforation de la face antérieure de l'estomac sur un ulcus calleux de grande dimension. Suture et drainage de la région.

Décédé le 9 octobre.

OBSERVATION VIII

M... Auguste, 73 ans, opéré le 26 septembre 1923 à la 13^e heure. Le malade a été gastro-entérostomisé, il y a dix ans par M. Ricard. On trouve une perforation sur un ulcus calleux assez près du point d'implantation de la bouche. Suture de cet orifice large comme une pièce de un franc.

Mort le même jour.

OBSERVATION IX

Th... Auguste, 32 ans, opéré le 26 avril 1923, perforation de la face antérieure de l'estomac suturé. Guérison.

En résumé cinq morts sur neuf cas :

Observation n° 2 : ulcus perforé datant de quatre jours.

Observation n° 4 : ulcus perforé datant de six heures.

Observation n° 5 : ulcus perforé datant de neuf heures.

Observation n° 7 : ulcus perforé datant de quatre jours.

Observation n° 8 : ulcus perforé datant de treize heures.

STATISTIQUES DE 1924 A 1925

OBSERVATION X

Cl... Henri, âgé de 32 ans, entre Salle Velpeau, le 19 avril 1924.

Ce malade a souffert de l'estomac depuis dix ans environ, mais depuis six mois surtout. Il a été traité pour ulcus gastrique à Strasbourg et radioscopie.

Il a été pris le 18 avril, vers 3 heures de l'après-midi, d'une douleur violente et brusque dans l'abdomen du côté droit. Il

a souffert toute la journée et toute la nuit, malgré une piqûre de morphine faite par un médecin qui lui a conseillé de boire abondamment de la tisane.

A son entrée, on constate une contracture de toute la partie droite de l'abdomen avec une douleur surtout marquée au niveau de la fosse iliaque droite. On pense à une appendicite ou au syndrome appendiculaire de la perforation gastrique. On décide l'intervention.

Anesthésiée : chloroforme.

1° Appendisectomie par incision de Mac-Burney. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide d'odeur douçâtre avec des gaz. L'appendice, que l'on enlève, ne présente aucune lésion. On place un drain dans le Douglas après assèchement aux tampons de la cavité péritonéale et on ferme la paroi en un plan au crin.

2° Incision sus-ombilicale. L'étage sus-méso-colique de l'abdomen contient encore du liquide en abondance. On attire l'estomac et on constate sur la première portion du duodénum, à environ deux centimètres du pylore (veine pylorique), une perforation située à égale distance des deux bords. Cette perforation a à peu près la dimension d'un pois ; son versant pylorique est induré assez largement. Par cet orifice on voit s'écouler un liquide verdâtre. On fait une première suture musculo-séreuse, puis un surjet séro-séreux vertical. L'obturation est complète. On mèche, on draine la région sous-hépatique et on ferme la paroi en un plan en bronzes.

Suites opératoires :

Le malade semble peu choqué et présente un pouls assez bon, quoique à 110 pulsations à la minute. On le « doppe » par tous les moyens. Les jours suivants le malade va bien ; on retire les drains le 3^e jour et il a présenté un hoquet assez persistant, qui cesse à partir du moment où on lui a donné à boire.

Le cinquième jour une brusque élévation de température apparaît, trahissant une congestion pulmonaire de la base

droite. Elle disparaît en deux jours. Le 15^e jour on enlève les bronzes. Le malade a repris son alimentation depuis le 2^e jour. Il est maintenant au régime de Sénator.

Le 4 mai, l'examen radioscopique pratiqué par MM. Cain et Rachet dans le service du Docteur Bensaude, donne le résultat suivant : estomac petit, non distendu, avec une bonne mobilité. Péristaltisme précoce ; les ondes sont très marquées sur la grande courbure et se propagent normalement et également. Sur la petite courbure aucune contraction visible ; passage tardif dans le duodénum. Le bulbe et la première partie du duodénum sont rétrécis (zone opératoire). Cependant le passage semble facile ; on note une rétroposition du bulbe duodénal ; la deuxième portion est normale.

Le malade sort guéri, mais il revient dans le service en mai pour un spasme œsophagien très haut situé, qui amène à faire une gastrostomie le 30 juillet. Le spasme ayant disparu, on laisse fermer la bouche gastrique, mais bientôt, en septembre, le malade est repris de la même dysphagie et l'on est obligé à nouveau de lui faire une seconde gastrostomie, celle-ci est surveillée et maintenue ; durant toute cette période où il nous a été donné de suivre ce malade nous avons constaté qu'il ne s'est jamais plaint de douleur gastrique et malgré le spasme surajouté, il est parti semblant guéri de sa lésion gastrique.

Revu au mois de mai 1925, il avait été traité en Belgique par le Docteur Hicquet, à l'Hôpital Schaerbecke à Bruxelles. On lui fit une dilatation œsophagienne et on ferma la gastrostomie. Le malade, en septembre 1925, était complètement guéri et n'avait pas encore souffert de son estomac.

OBSERVATION XI

S... Szmul, âgé de 32 ans, entre le 28 juin 1924 dans le service de notre Maître le Docteur Lapointe, en pleine péri-

tonite aiguë remontant à peu près à 24 heures. Il est impossible d'avoir d'autres renseignements que ceux donnés par l'hôtelier qui a trouvé le malade dans sa chambre dont il n'était pas sorti pour se rendre au travail la veille.

On trouve chez ce malade tous les symptômes d'une perforation du tube digestif.

Intervention.

Anesthésie : chloroforme.

On commence par inciser la fosse iliaque droite (MacBurney), un flot de liquide pus s'échappe, mais l'appendice, quoique vascularisé, semble sain : appendicectomie et fermeture de la paroi en un plan avec drainage dans le Douglas.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On tombe sur une perforation de la face antérieure de l'estomac. Au niveau du vestibule pylorique la perforation est entourée d'une très large zone indurée, petite et est environnée de fausses membranes. Pendant l'extériorisation, elle laisse passer du liquide gastrique en abondance. On arrive cependant à l'obturer par un premier fil en bourse qui passe dans les tissus non infiltrés. Un second fil, également en bourse, est passé et forme le second plan.

On laisse un drain dans la région sus-hépatique et l'on ferme la paroi en un plan au bronze.

Les suites opératoires sont d'abord parfaitement normales ; on enlève le drain le 3^e jour ; mais vers le 10^e jour, alors que le malade mange parfaitement et va à la selle, on constate une élévation de température annonçant une broncho-pneumonie double, qui se termine par un collapsus cardiaque le 14^e jour.

OBSERVATION XII

M... J..., 24 ans, soldat, entre le 10 août 1924, avec le diagnostic de coliques hépatiques. Ce même jour, vers 11 heures, au cours d'une promenade, le malade ressentit brusquement au niveau du creux épigastrique une douleur extrêmement violente. On lui fit prendre un cordial et on le transporta chez lui et quelques heures après à l'hôpital. Il est reçu d'abord dans un service de médecine, puis passé dans le service du Docteur Lapointe. On le voit à la 18^e heure ; il raconte que depuis un mois environ il ressentait, quotidiennement, deux à trois heures après les repas, des douleurs au creux épigastrique, s'accompagnant de pyrosis. Pas de vomissement, pas d'hématémèse.

A l'examen, le malade se présente avec les traits tirés, une contracture de tout l'abdomen, mais manifestement plus marquée à l'hypocondre droit et au creux épigastrique. La palpation augmente la douleur plus marquée en haut et à droite. Immobilité respiratoire, arrêt des matières et des gaz. Pas de vomissement ; température 38°, pouls 108. Devant ces symptômes on pense à une perforation d'ulcère et on intervient à la 7^e heure.

Anesthésie : éther.

Incision médiane sus-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, issue de liquide trouble, légèrement coloré en jaune, qui semble venir de la région pylorique. Pour donner du jour, on branche une incision transversale sur la première : on aperçoit alors sur la face antérieure du canal pylorique un petit orifice de trois millimètres environ de diamètre, à bords grisâtres, au niveau d'une induration minime. Malgré l'incision en L il est très difficile d'atteindre la lésion, le pylore étant placé très haut et ne s'abaissant qu'avec difficulté. Obturation rapide de l'orifice par un point total en X, enfouissement par un surjet séro-séreux vertical ; on termine en fixant l'épiploon au-dessus de la zone opératoire.

Le pylore semble très rétréci, néanmoins pas de gastro-entérostomie complémentaire. Deux drains, l'un dans la zone opératoire, l'autre dans la fosse iliaque.

Suites opératoires :

Le premier jour il s'écoule un peu de liquide par les drains. Le 2^e jour l'aspiration ne ramène plus rien ; le 3^e jour ablation des drains, le 9^e jour ablation des fils. Le 20^e jour le malade part sans avoir présenté aucun phénomène de stase pylorique.

Il écrit le 6 novembre : « Mon état est aussi satisfaisant que possible, je mange bien, dors bien et n'éprouve aucune souffrance de l'estomac ».

Examen radioscopique le 10 novembre par M. Rachet dans le service du Docteur Bensaude : « Le transit est normal, après dix minutes d'attente : bulbe à contour régulier ; un peu de liquide d'hypersécrétion gastrique ». L'examen radiographique et radioscopique fut fait également au Val-de-Grâce, le 12 janvier 1925.

Absorption de bouillie barytée à 11 heures du matin. Estomac : remplissage normal, grosse poche à air et un peu de liquide à jeun. Mobilité normale, forme légèrement hypotonique. Bas-fond à deux travers de doigts des crêtes iliaques. Péristaltisme assez violent avec des phases de repos. La région juxta-pylorique est un peu irrégulière. L'évacuation se poursuit régulièrement à travers le pylore et le duodénum. Il n'est perçu de bouches anastomotiques (et pour cause !) pas de points douloureux.

Trois heures après l'estomac est vide, la majeure partie du repas est dans le cœcum fortement dilaté, ptosé, dans le petit bassin, presque immobile, mais non douloureux. L'angle hépatique au-dessus des crêtes est en position verticale avec coup dur, mais sans adhérence.

Les radiographies ne montrent qu'une déformation de l'antra pylorique et de la région juxta-pylorique. Le bulbe duodénal, irrégulier sur le versant de la grande courbure, est

en forme de fer de lance. Lésion ancienne à ce niveau avec périoduodénite.

Revu le 22 janvier 1925 en bon état, aucune douleur ; pas de vomissement ; alimentation normale ; pas d'amaigrissement.

OBSERVATION XIII

M... F..., 53 ans, ulcère de l'estomac perforé opéré à la 18^e heure. Guérison.

Le malade entre le 26 août 1924, à midi, dans le service du Docteur Lapointe. Depuis 15 ans environ, ce malade suit un régime très strictement lacto-végétarien. Le 25 août, vers 18 heures, il est pris d'une douleur extrêmement violente au creux épigastrique. Il s'alite, prend une tasse de tilleul qui ne le calme pas. Il souffre atrocement, mais ne vomit pas. La douleur restant toujours aussi violente, il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de perforation gastrique. On constate à son arrivée une douleur diffuse avec contracture généralisée à tout l'abdomen. Arrêt complet des matières et des gaz depuis la veille.

Intervention immédiate.

Anesthésie à l'éther.

Incision en équerre ; on trouve dans l'abdomen une grande quantité de liquide avec des flocons fibrineux au niveau de l'estomac et de l'intestin. Sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la petite courbure, on trouve l'orifice de la perforation avec ses caractères habituels d'un diamètre de trois millimètres, au centre d'une zone indurée du diamètre d'une pièce d'un franc. Par l'orifice s'écoule un liquide spumeux. Fermeture par un point en X ; enfouissement par un surjet séro-séreux vertical. Nettoyage rapide de la cavité péritonéale. On met deux drains l'un dans la zone opératoire, l'autre dans la fosse iliaque droite.

Pendant l'opération on a fait de l'huile camphrée et du sérum sous-cutané.

Suites opératoires :

Le lendemain il existe un écoulement abondant par les drains.

Le troisième jour l'aspiration ne ramène que très peu de liquide.

On enlève les deux drains le 4^e jour. Les jours suivants il existe une légère suture de la paroi, mais le malade sort complètement cicatrisé le 17 septembre.

L'examen du liquide trouvé pendant l'opération dans le péritoine est négatif au point de vue bactériologique.

On revoit le malade le 8 décembre : il est au régime, mais ne souffre pas du tout. L'examen radioscopique, fait par le Docteur Rachet, dans le service du Docteur Bensaude, montre alors un transit normal et un estomac à contour normal, sans points douloureux et sans encoche.

OBSERVATION XIV

Z... L., âgé de 24 ans, entre dans le service du Docteur Lapointe le 13 septembre 1924, à 4 heures de l'après-midi. Le malade a été pris à trois heures d'une violente douleur dans le creux épigastrique. Il a été immédiatement obligé de se coucher et a vomi.

On trouve le sujet, le faciès vultueux, se tordant de douleurs, si bien que l'on fait d'abord le diagnostic d'éthylisme aigu. Cependant on apprend, en le questionnant, qu'il souffre de l'estomac depuis six mois environ, à heure fixe, deux ou trois heures après les repas, que cette douleur est tardive et calmée par l'ingestion des aliments et que de lui-même il a supprimé le vin et l'alcool. En ce moment la douleur est plus vive qu'elle n'a jamais été et elle irradie au niveau de l'épaule droite et dans tout le côté droit de l'abdomen.

A l'examen, l'aspect vultueux du malade fait penser à une perforation gastrique. Le ventre « respire », mais moins du côté droit que du côté gauche. A la palpation un point douloureux exquis, au niveau de la zone sous-costale droite, mais plus rapproché de la ligne médiane que le point vésiculaire. A ce niveau, le ventre supérieur du muscle droit est contracturé, la percussion réveille une matité hépatique normale. Pendant l'examen, le malade est saisi d'un frisson violent solennel, avec claquement des dents. Malgré ses antécédents on doute encore de la perforation ; on fait un centigramme de morphine et on réexamine le malade une heure après. Pendant ce laps de temps, le pouls est devenu plus rapide : 110 au lieu de 90 ; la température, de $37^{\circ}4$ à l'entrée, est montée à $38^{\circ}4$; la contracture persiste et la morphine n'a pas fait céder les phénomènes douloureux. On intervient.

Intervention.

Anesthésie : éther.

Incision médiane verticale-ombilico-xyphoïdienne. Issue de liquide et de gaz à l'ouverture du péritoine. On expose la face antérieure de l'estomac, puis la première portion du duodénum. A ce niveau on trouve tout près du pylore une ulcération de la grosseur d'une lentille par où jaillit du liquide gastrique teinté par la bile. Une première suture verticale au fil de lin oblitère complètement la perforation. On recouvre cette première suture par un surjet séro-séreux. On met un drain et on mèche la région. Fermeture de la paroi au bronze.

Suites opératoires :

Tout à fait normales, sauf le premier et le second jour où apparaît un point de congestion pulmonaire à la base droite. Levé le 8^e jour : le drain a été enlevé au bout de 48 heures, la mèche le lendemain : ablation des bronzes le 15^e jour.

Examen radioscopique : pratiqué le 29 septembre 1924.

Estomac en équerre, à remplissage tonique, pylore fixé à trois travers de doigts à droite de la colonne vertébrale. Rigidité de la petite courbure sur son tiers terminal. Encoche

permanente de la grande courbure à trois travers de doigt du pylore. Bulbe et deuxième portion du duodénum filiforme. Troisième et quatrième portions normales. Rétro-fixation complète du bulbe. Zone d'adhérence dans la région pyloro-duodénale ; mais malgré l'aspect filiforme de la première portion du duodénum, l'évacuation gastrique est facile.

Quoique le malade n'ait pas offert de symptômes de sténose pyloro-duodénale, on fait pratiquer un nouvel examen radioscopique le 26 décembre 1924 par le Docteur Henri Marchand, chez le Docteur Bensaude. On ne constate pas de liquide à jeun dans l'estomac, qui est petit. Mobilité normale ; pas d'images anormales des courbures. Péristaltisme précoce très accusé et irrégulier, déprimant symétriquement les deux courbures. Evacuation pylorique fréquente. Le bulbe duodénal est rétréci, mais le passage est facile. Transit de la deuxième et troisième portions du duodénum normal.

OBSERVATION XV

K... B..., âgé de 26 ans, entre le 20 septembre 1924 dans le service du docteur Lapointe, à la fin de l'après-midi. Le malade raconte que le matin, vers 11 heures, il a été pris d'une douleur assez violente dans la partie droite de son abdomen. Cette douleur l'a obligé à rentrer chez lui et à se coucher. Le médecin appelé l'a envoyé à l'hôpital sans faire un diagnostic précis ; mais il aurait parlé de la possibilité d'appendicite.

Interrogé sur ses antécédents le malade prétend avoir été jusqu'à maintenant en parfaite santé. Cependant il a souffert, dans ces derniers mois, par intermittence, de douleurs au milieu du creux épigastrique. Les crises douloureuses duraient deux ou trois jours et disparaissaient. A aucun moment il n'a été obligé de s'arrêter et de consulter un médecin.

Il souffre maintenant plus qu'à l'ordinaire, mais la douleur

abdominale n'est pas excessive ; elle siège dans tout le côté droit de l'abdomen.

A l'examen, le faciès est un peu tiré sans être très altéré. Le ventre semble « respirer ». Mais l'inspiration profonde semble très limitée. A la palpation on trouve dans la fosse iliaque droite une légère contracture. Le point de Mac Burney est très douloureux et l'hypocondre droit est également sensible à la palpation superficielle et l'on trouve, sous le rebord costal, une légère contracture du ventre supérieur du muscle droit. A la percussion, aucun effacement de la matité hépatique. Le pouls est à 80 et la température est à 37,4. On décide de surseoir à l'intervention et de revoir le malade un peu plus tard.

Une heure plus tard, les mêmes symptômes ; mais la contracture de la fosse iliaque droite a augmenté.

Intervention.

Anesthésie : chloroforme.

Le péritoine ouvert par incision dans la fosse iliaque droite, on trouve un peu de liquide et quelques bulles de gaz, qui font penser immédiatement à une perforation gastrique ; l'appendice est sain ; après appendicectomie fermeture en trois plans de la paroi en laissant un drain dans le Douglas.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve à l'ouverture du péritoine un peu de liquide dans l'étage sus-mésocolique. Mais en attirant l'estomac on découvre, sous la face inférieure du foie, qui faisait couvercle, une perforation située sur le versant duodénal du pylore, tout près de l'insertion du petit épiploon.

On suture l'orifice, qui présente les dimensions d'une grosse lentille, au moyen d'un fil en bourse. Un deuxième surjet vertical recouvre la première suture. Le duodénum semble assez rétréci. Mais on ferme aux bronzes la paroi après avoir séché et drainé la région sus-hépatique.

Suites opératoires :

Tout à fait normales.

On constate les premiers jours les signes d'une grosse bronchite, mais elle disparaît très rapidement sans causer d'inquiétude.

Le deuxième jour, ablation des drains ; le troisième jour ablation de la mèche sous-hépatique. Dès le deuxième jour on a commencé à faire boire le malade et le quatrième jour on lui permet de la purée et des compotes. Levé le huitième jour, ablation des fils le quinzième jour.

Examen radioscopique pratiqué par le Docteur Aimé.

Le baryte passe facilement par le duodénum ; par instant on note un anti-péristaltisme sur la deuxième portion, mais le bulbe duodénal s'injecte mal. L'évacuation de l'estomac est moins rapide qu'à l'ordinaire. Ce fait conduit à faire une deuxième radioscopie, pratiquée le 4 novembre par le Docteur Aimé.

Périduodénite avec déformation des contours, mais pas de sténose, pas d'hypercynésie. Revu le lendemain après un repas de gélobarine donné deux heures auparavant, on ne constate aucune stase gastrique, mais un léger retard à l'évacuation du grêle, un colon spasmodique, et pas de point douloureux, ni sur l'estomac, ni sur le duodénum.

Ce malade est revu six mois après, pour une petite éversion sur la cicatrice. A l'intervention, il n'existe aucune adhérence duodéno-pariétale, mais le duodénum est fixé au bord inférieur du foie par une zone d'adhérence lâche.

Le malade, depuis son intervention, n'a jamais souffert de l'estomac.

OBSERVATION XVI

P... L..., âgé de 36 ans. Entre dans le service du Docteur Lapointe le 18 novembre 1924, à 8 heures du soir.

La malade, très pâle, souffrant horriblement, raconte qu'il a été pris le même jour, vers 4 heures de l'après-midi, d'une

violente douleur dans le creux épigastrique, au cours de son travail. On a été obligé de le ramener chez lui et le médecin l'a envoyé d'urgence à l'hôpital. Blessé grièvement pendant la guerre (amputation de la cuisse gauche), il y a fort longtemps que le malade souffrait, par période, de l'estomac, quelques heures après ses repas, et il ne peut fixer exactement la date d'apparition de la première crise douloureuse. Il lui semble cependant qu'elle remonterait à plus de deux ans. Ces crises douloureuses n'étaient pas suffisantes pour l'obliger à cesser son travail ; d'ailleurs elles duraient fort peu de temps et étaient séparées par de longs intervalles pendant lesquels il pouvait vivre normalement. Au cours de ces crises douloureuses, aucun vomissement. Différents médecins l'ont soigné, mais sans instituer un régime alimentaire convenant à une lésion stomacale ou duodénale.

A l'examen ce malade présente un faciès caractéristique ; il est presque livide, très angoissé ; la sueur froide perle sur son front. Replié en chien de fusil, il éprouve une douleur violente exacerbée par le moindre mouvement et maxima au-dessous du rebord costal droit. Le pouls est bien frappé, ne dépassant pas 80 ; la température est normale. Le ventre est immobile et ne « respire » pas. La palpation est horriblement douloureuse. On constate de l'hyperesthésie cutanée, surtout à droite de la ligne médiane, sous le rebord costal droit. C'est également à ce niveau que l'on trouve le maximum douloureux à la palpation profonde avec irradiation dans la fosse iliaque droite.

La palpation révèle également une contracture généralisée ; le ventre est en bois. A la percussion, la matité hépatique est conservée. On pense à une perforation d'ulcère de la région duodéno-pylorique.

Intervention : 10 heures.

Anesthésie au chloroforme, d'autant plus indiquée que le malade tousse beaucoup et présente actuellement une grosse bronchite.

Incision médiane ombilico-xyphoïdienne. A l'ouverture du péritoine on trouve du liquide abondant avec des gaz. On extériorise l'estomac en entier et l'on constate qu'en dehors de la veine pylorique, à deux travers de doigt de celle-ci, il existe une perforation un peu plus grosse qu'une lentille siégeant sur une cicatrice étoilée et blanchâtre. Elle se trouve à un travers de doigt de l'insertion du petit épiploon, sur le bord gastro-duodéal. Par l'orifice de perforation, il sort du liquide en abondance. Une première suture est enfouie par un surjet vertical. On constate que le canal duodéal est très rétréci ; l'insertion du petit épiploon et celle du ligament gastro-colique ne sont plus séparés que par la largeur d'un travers de doigt. C'est systématiquement que l'on n'a pas pratiqué la gastro-entérostomie.

Suites opératoires : normales en tous points.

Ablation du drain le 2^e jour. Ablation des fils le 8^e. L'alimentation du malade est reprise le 2^e jour.

Examen radioscopique : le 5 décembre 1924, pratiqué par le Docteur Cain dans le service du Docteur Bensaude. Le bulbe duodéal est rétréci, mais bon passage dans le duodénum. L'estomac se vide normalement ; encore un peu d'hypercynésie.

Nouvel examen radioscopique pratiqué par le Docteur Henri Marchand dans le service du Docteur Bensaude, le 24 décembre 1924. Aucune rigidité des courbures. Une encoche non persistante, à deux travers de doigt du pylore. Le transit pylorique et duodéal est normal.

OBSERVATION XVII

G... Léon, âgé de 26 ans. Le malade n'a jamais présenté de troubles gastriques avant la fin du mois de novembre 1924. A ce moment il présente des douleurs vagues, une sensation de poids à l'épigastre, avec quelques éructations après les re-

pas. On note également une céphalée après les repas ; l'appétit a diminué. Le 13 décembre, il est pris vers midi de douleurs dans la région épigastrique, qui s'accroissent rapidement, si bien qu'en moins d'un quart d'heure la douleur atroce de la perforation gastrique apparaît avec irradiation vers l'omoplate droite. Le malade, plié en deux, ne peut faire un mouvement ; les vomissements apparaissent immédiatement. Il entre à 18 heures dans le service du Docteur Lapointe, où la douleur est à peine atténuée par une piqûre de morphine. Intervention à 22 heures.

Anesthésie : chloroforme.

Incision médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide muqueux avec des gaz. On trouve, à 8 centimètres du pylore, sur la face antérieure de l'estomac, une perforation un peu plus grande qu'une lentille reposant sur une zone indurée s'étendant sur la largeur et la hauteur de la paume de la main. Plicature de l'estomac très large et enfouissement par deux étages de suture. La paroi en deux plans au crin, avec drainage sous-hépatique.

Suites opératoires : elles sont en tous points normales. Le drain, par lequel a coulé fort peu de liquide, est retiré le deuxième jour. On enlève les crins de la suture cutanée, le 9^e jour, le malade sort guéri, le 26 décembre, en n'accusant aucun trouble ; on lui permet de s'alimenter en suivant le régime de Sénator.

Examen radioscopique pratiqué, le 9 janvier 1925, dans le Service du Docteur Bensaude, par le Docteur Henri Marchand.

Estomac hypotonique : le bas-fond est abaissé et distendu, mais il ne présente aucune rigidité des courbures. Le péristaltisme est presque nul : le bulbe et le duodénum, s'injectent assez mal et présentent un aspect déchiqueté.

On fait un second examen radioscopique le 13 février (Docteur Henri Marchand). Estomac vertical, hypotonique avec bonne mobilité. Aucun signe d'induration. Le péristal-

tisme, bien accusé, régulier, symétrique. Le bulbe semble rétréci, mais le passage est facile.

Revu au mois d'octobre 1925, il a souffert un peu de l'estomac, mais parce qu'il buvait du vin blanc. Il a supprimé cette boisson et depuis se porte fort bien.

OBSERVATION XVIII

P... Alphonse, 39 ans. Le malade a commencé à souffrir de l'estomac pendant sa captivité en Allemagne. Il raconte une histoire classique : il souffre par crises dans la région épigastrique, trois heures après les repas et il vomit. Depuis son rapatriement, il suit un régime sévère, mais à longs mois d'intervalle il subit de nouvelles crises. Le 26 novembre 1924 il ressent une douleur plus violente à l'épigastre, avec une sensation syncopale, mais sans vomissement. Il s'alite et son médecin décide un examen radioscopique. Cet examen est pratiqué le 13 décembre 1924. Le malade absorbe de la baryte et signale que les manœuvres d'examen sous écran sont fort douloureuses. A 14 h. 30, il ressent brusquement le coup de poignard épigastrique classique avec irradiation à l'hémi-thorax droit. Il est amené au plus tôt à l'hôpital. Le diagnostic d'ulcus perforé est aussitôt porté et on intervient à 18 heures 30.

Intervention.

Anesthésie au chloroforme.

Incision médiane sus-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine, issue de liquide avec de la pâte barytée. On trouve une perforation lenticulaire à trois centimètres du pylore, sur la face antérieure de la première portion du duodénum et, au milieu de cette face, une cicatrice étoilée et souple s'étend largement sur toute la hauteur du canal. On fait une suture verticale d'enfouissement au point de Cushing : recouverture par une suture séro-sérreuse, éga-

lement verticale. Quoique le canal duodénal semble rétréci, malgré le soin qu'on apporté à la suture, on ne pratique pas de gastro-entérostomie en appliquant ainsi les principes de notre Maître le Docteur Lapointe. On laisse un drainage sous-hépatique et on ferme la paroi en deux plans aux crins.

Suites opératoires normales.

On enlève le drain le 2^e jour et les compresses du pansement montrent la présence de baryte. Le 9^e jour on enlève les crins superficiels ; le malade sort le 28 décembre, ne se plaignant plus d'aucune douleur. On lui prescrit le régime de Sénator.

L'examen radioscopique est pratiqué dans le service du Docteur Bensaude par le Docteur Henri Marchand : estomac tonique, oblique, avec rigidité de la petite courbure. Le péristaltisme s'établit précocement ; les ondes s'amorcent sur la petite courbure dans la portion verticale, puis cessent en arrivant sur la portion horizontale. Elles progressent normalement sur la grande courbure et y sont très profondes. Bulbe duodénal très rétréci, mais transit duodénal normal.

Un nouvel examen radioscopique est pratiqué le 13 février 1925 par le Docteur Henri Marchand.

Le bulbe duodénal est encore un peu rétréci, mais le passage est normal ; l'évacuation gastrique se poursuit facilement ; pas de stase. Le 26 janvier le malade est revu et dit aller parfaitement bien.

OBSERVATION XIX

B... Léon, âgé de 26 ans. Les premiers symptômes de son infection gastrique remontent à fin août 1924. Il présente alors des crampes d'estomac tardives après les repas, avec quelques renvois acides ; son appétit diminué. Il aurait eu un dégoût assez marqué pour les viandes, mais il n'a pas modifié son régime et a continué son travail. Le 24 décembre 1924,

après une journée de travail ordinaire, il est pris brusquement, vers 16 heures, d'une douleur épigastrique violente, avec des vomissements alimentaires. Il est amené à l'hôpital et entre dans le service du Docteur Lapointe vers 22 heures. On fait le diagnostic de perforation du tube digestif et on décide l'intervention à 23 heures.

Intervention : Devant l'absence très caractérisée, de troubles gastriques, devant la contracture de la fosse iliaque droite, avec point douloureux maximum au niveau du point de Mac Burney, on commence par pratiquer une incision de la fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, issue de liquides muqueux et de gaz. On pense alors à la possibilité d'une perforation d'un ulcère gastro-duodénal. L'appendice semble sain². Appendicectomie et fermeture de la paroi en un plan, en laissant un drain dans le Douglas. Incision médiane sus-ombilicale. On trouve une perforation masquée par des fausses membranes et partiellement obturée par la vésicule biliaire. Cette perforation, plus grande qu'une lentille, est environnée d'une zone indurée s'étendant sur toute la hauteur du canal duodénal, à proximité du pylore que l'on distingue cependant. Cette induration s'étend en large sur plus de cinq centimètres. On essaye de passer un fil en bourse très loin : il plicature le canal sans amener l'obturation totale. Il sort encore des gaz et du liquide. On passe un second fil qui arrive à fermer complètement l'orifice et, pour assurer l'étanchéité, on fait un recouvrement en ramenant de part et d'autre l'épiploon gastro-hépatique et gastro-colique par une suture. Le canal duodénal est très rétréci, mais, systématiquement ; pas de gastro-entérostomie. On mèche et on draine la région. Fermeture de la paroi aux bronzes.

Suites opératoires : elles furent normales. Le drain est retiré le deuxième jour, la mèche le quatrième, les bronzes le quinzième ; le malade sort guéri le seizième jour.

L'examen radioscopique pratiqué par le Docteur Henri Mar-

chand, dans le service du Docteur Bensaude, donne le résultat suivant le 9 janvier 1925 :

Estomac tonique, vertical, courbure souple, péristaltisme normal, bulbe déformé sans images anormales fixes. La deuxième partie du duodénum est en « feuille de fougère ». La troisième portion est normale. L'évacuation gastrique-se fait fort bien. Le 13 février 1925, un nouvel examen est pratiqué par le Docteur Henri Marchand qui signale que le bulbe duodénal est un peu rétréci, mais que l'évacuation de l'estomac est en tous points normale.

Examen radioscopique pratiqué le 16 juin 1925 : estomac souple et mobile dans toute son étendue, sans irrégularité des parois ; hypercynésie. Le pylore se laisse assez difficilement forcer. Le bulbe duodénal est très déformé avec coudures brusques de la deuxième portion. Adhérence marquée, duodénose sous-hépatique. Quatre heures après le repas, résidus dans la première et dans la deuxième portion du duodénum.

OBSERVATION XX

M... C..., Joseph, 35 ans : le début des troubles digestifs remonte à novembre 1917. Le malade, à cette époque, commence à souffrir de douleurs localisées au creux épigastrique et accompagnées de pyrosis ; quelques vomissements le matin seulement, après le petit déjeuner ; le malade a également des étourdissements. L'état reste stationnaire jusqu'en janvier 1925. Amaigrissement assez notable. Les vomissements sont plus fréquents. Parfois le malade a noté du méléna. Le 29 janvier, coup de poignard épigastrique qui irradie rapidement à l'épaule droite, puis à tout l'abdomen ; pas de vomissement, mais arrêt des matières et des gaz. Le malade est vu à 17 heures par un médecin qui pose le diagnostic d'une perforation digestive et qui l'envoie à l'hôpital après lui avoir fait une injection de morphine. Il arrive dans le service du

Docteur Lapointe, à 18 heures, où les symptômes sont un peu atténués par la morphine ; mais néanmoins la douleur et la contracture sont particulièrement marquées au creux épigastrique ; jointes aux antécédents, elles font poser le diagnostic et ordonnent l'intervention immédiate.

Intervention à 18 heures 30.

Incision médiane sus-ombilicale. L'ouverture du péritoine donne issue à une certaine quantité de liquide. On trouve dans la face antérieure du vestibule pylorique une petite perforation de trois millimètres environ de diamètre. Il existe autour une zone indurée mal limitée et surtout à la partie inférieure. On ferme la perforation par un point total en X. On fait ensuite un enfouissement en bourse, difficile et atypique, car les tissus coupent facilement. Fixation d'un petit tampon épiploïque. Deux drains sont placés, l'un sur la zone opératoire, l'autre dans la fosse iliaque droite. La paroi est faite en deux plans aux crins.

Suites opératoires : Les drains, qui ont donné issue à une certaine quantité de liquide les deux premiers jours, sont retirés le troisième. On enlève les fils le huitième jour. Légère désunion de la plaie.

Examen radioscopique. Le 19 février 1925, un peu de liquide gastrique à jeun ; forte contraction péristaltique. Entrée pylorique un peu rétrécie ; mais passage de la baryte dans le duodénum normal.

OBSERVATION XXI

G... Jean, 69 ans, entre le 3 février 1925 dans le service du Docteur Lapointe, en pleine péritonite. Peu de symptômes gastriques. Depuis longtemps, il souffre de la partie droite de son abdomen, mais l'état intellectuel du malade ne permet pas de pousser un questionnaire plus loin. On porte le diagnostic de perforation du tube digestif datant de 48 heures.

En effet, le malade venant à Paris a été pris dans le train d'une douleur violente, le 1^{er} février ; arrivé chez lui, il y est resté jusqu'au 3.

Intervention.

Incision dans la fosse iliaque droite. On trouve un pus vert épais, qui fait penser soit à une perforation de la vésicule biliaire, soit à une perforation duodénale. Appendicectomie et drainage dans le Douglas. Fermeture de la paroi en un plan. Incision transversale sous-hépatique (Sprengel). La vésicule est saine, mais on trouve une perforation plus grosse qu'une lentille sur la première portion du duodénum, sur une cicatrice étoilée ancienne d'ulcus siégeant sur la face antérieure du canal duodéno-pylorique. La zone avoisinante est très peu indurée. Suture simple en deux plans. Fermeture de la paroi en trois plans, aux crins, après drainage de la région sous-hépatique.

Suites opératoires : le malade semble aller mieux ; son état s'améliore ; il rend des gaz ; mais le 6 février au matin, il meurt brusquement, sans que rien ait pu faire prévoir cette issue fatale.

OBSERVATION XXII

(Malade traité en ville par le Docteur Lapointe). N... J., 31 ans, marchand de vins, souffrait de l'estomac depuis plusieurs années. Le 14 juin 1925, à 10 heures du soir, il est pris d'une douleur violente en coup de poignard épigastrique. En même temps apparaissent les vomissements. Il est vu le 15, à 9 heures du matin ; le faciès est grippé, le ventre en bois, la température à 38,4 ; le pouls est à 80. Le malade n'a pas rendu de gaz depuis l'apparition de sa douleur. La douleur est toujours aussi vive, malgré deux piqûres de sédol. A la 3^e heure, laparotomie médiane sus-ombilicale donnant issue à du liquide abondant avec des fausses membranes, que l'on

trouve localisées autour de l'estomac. On trouve une perforation lenticulaire sur le milieu de la face antérieure de la première portion du duodéal, à un centimètre du pylore, sur un épaississement d'un centimètre de diamètre. Trois points de suture non sténosants, nettoyage du péritoine, fermeture de la paroi, incision sus-pubienne avec drain dans le Douglas.

Suites immédiates : favorables, sauf infection de la plaie sous la peau à la partie inférieure. Désunion complète. Sorti de la maison de santé, le malade présente une ascension de sa température ; on trouve une matité à la base droite avec de l'égophonie. Le 20 juillet, on fait une ponction exploratrice, qui ramène un liquide trouble ; le 22 juillet, ouverture transcostale d'un abcès sous-phrénique. Il sort complètement guéri et en très bon état le 10 septembre 1925.

OBSERVATION XXIII

S... G..., 19 ans, entre le 3 mars 1925 pour crise douloureuse sus-ombilicale, ayant débuté à une heure et s'étant localisée dans la fosse iliaque droite, avec vomissements bilieux. Température 38°, pouls 120. A l'examen on trouve un ventre de bois, la contracture et la douleur prédominantes dans la fosse iliaque droite. Depuis dix jours, il se plaignait de douleurs gastriques et il aurait eu un melœna la veille au soir. On porte le diagnostic d'ulcus perforé.

Intervention : quatre heures après le début.

Anesthésie : éther.

1° Incision dans la fosse iliaque droite amenant, dès l'ouverture du péritoine, un liquide mousseux, absinthique, en abondance. On n'enlève pas l'appendice. Fermeture en trois plans.

2° Laparotomie sus-ombilicale ; on trouve un ulcus perforé qui siège sur la face antérieure du pylore, plus près du bord

supérieur que du bord inférieur. Perforation étoilée d'une surface d'une pièce de cinquante centimes avec une induration au pourtour sur une étendue d'environ une pièce de deux francs. On enfouit la perforation par une plicature de l'estomac en ramenant la face antérieure du pylore sur la face antérieure du vestibule pylorique. La plicature est faite en deux plans et on recouvre la suture d'un lambeau épiploïque pris sur le petit épiploon. Drainage sus-pubien. Fermeture par surjet péritonéal au catgut et en deux plans, aux crins, sur l'aponévrose et sur la peau.

Suites opératoires : normales ; on enlève le drain sus-pubien le 3^e jour. Pas de troubles gastriques. Le contrôle radioscopique n'a pas été fait, le malade n'étant pas revenu.

OBSERVATION XXIV

B... L..., entre le 23 mais dans le service du Docteur Lapointe. Il a été pris brusquement d'une douleur dans la région épigastrique, précédée d'un vomissement. Le malade se présente neuf heures après ce début. On trouve un ventre contracturé, surtout au niveau de la région médiane, sans douleur dans la région appendiculaire, mais une douleur épigastrique, peu intense à vrai dire.

Intervention : anesthésie à l'éther.

Incision ombilico-xiphoïdienne ; à l'ouverture du péritoine fort peu de liquide, avec un estomac distendu. On trouve une perforation sur le duodénum, à droite de la veine pylorique. Cette perforation repose sur un placard induré de la dimension d'une pièce d'un franc. Suture difficile, car les tissus déchirent facilement. On arrive néanmoins à mettre quatre fils de lin enfouissant la perforation dans le sens de la longueur.

On vérifie que la fermeture est bien hermétique et on fait une épiplooplastie. On ferme sans drainage.

Suites opératoires : normales ; ce malade sort de l'hôpital le 18^e jour.

OBSERVATION XXV

L... E..., 32 ans ; entre dans le service du Docteur Lapointe le 21 avril 1925. Il a eu, à 5 heures du soir, une crise douloureuse, brutale, épigastrique, suivie de vomissements verdâtres. A l'examen, il présente un faciès anxieux ; son pouls est à 96 ; son ventre est rétracté en bateau, avec saillie des muscles droits. Contracture généralisée de l'abdomen avec maximum de douleur et de défense à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite. On apprend par l'interrogatoire que le malade présentait depuis un mois de légers troubles gastriques ; sensations de crampes, à horaire tardif après les repas, mais sans vomissement, ni hématurie, ni méléna. Opération 7 heures après le début.

Anesthésie : éther.

Laparotomie sus-ombilicale. Issue de liquide absinthique et mousseux abondant. On trouve une perforation lenticulaire sur la face antéro-supérieure du pylore avec une induration sur une étendue d'environ deux centimètres tout autour de l'ulcère. On bouche la perforation par une large plicature de l'estomac à l'aide de deux surjets au fil de lin. On protège les sutures par un lambeau épiploïque. On cherche à enlever le plus de liquide possible.

Drainage sus-pubien qui donne issue à du liquide absinthique et à du pus verdâtre bien liés. Fermeture de la paroi avec un surjet péritonéal et deux plans au crin.

Suites opératoires : normales jusqu'au neuvième jour. A cette date, on constate que le pansement est souillé et on vérifie la cicatrice de laparotomie qui semble parfaite et à la partie inférieure de laquelle on voit sourdre un peu de sérosité. On enlève deux crins et on note dans la profondeur un

sphacèle des muscles qui oblige à désunir la suture cutanée. Pansement à plat. Depuis, la température se maintient le soir à 38°. Le 17^e jour elle monte à 38,5 et à 39°. Rien n'explique cette température ; la plaie abdominale ne supure pas ; pas de douleur au toucher rectal. Cependant, le 24^e jour, on sent dans le Douglas, à bout de doigt, une masse. On se propose le lendemain de remettre un drain par l'orifice sus-pubien (le drain sus-pubien avait été enlevé le quatrième jour car l'aspiration quotidienne ne ramenait pas de sérosité). Dans la nuit, le malade évacue spontanément son abcès par l'orifice du drainage sus-pubien. Chute de la température, reprise de l'état général. Le malade sort le 26 mai 1925 ; la plaie abdominale est cicatrisée, mais avec éventration. Pas d'examen radioscopique.

OBSERVATION XXVI

L... L..., 34 ans ; entre le 23 avril 1925 dans le service du Docteur Lapointe. Il arrive avec une péritonite généralisée et ventre de bois, maximum douloureux dans la fosse iliaque droite ; ces symptômes datent de dix heures chez un malade souffrant depuis dix jours de grippe avec bronchite. Pas de passé gastrique net.

Intervention.

Incision de Mac Burney ; on trouve dans le péritoine une grande quantité de liquide vert et glaireux. Fermeture de l'incision sans appendicectomie. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve une perforation d'ulcus siégeant sur la petite courbure près du pylore. L'orifice est grand comme une lentille. Enfoncement par une bourse au fil de lin, le deuxième plan de suture étant constitué par un surjet que l'on recouvre par un lambeau du petit épiploon. Drainage du Douglas par un drain sus-pubien et fermeture de la paroi en un plan au bronze. Guérison.

OBSERVATION XXVII

F... C., 31 ans ; entre dans le service du Docteur Lapointe, le 7 mai, pour une perforation d'ulcère datant de 23 heures, avec un faciès grippé, mais un pouls à 100 encore bien frappé; on constate une contracture sus et sous-ombilicale droite.

Intervention.

Laparotomie médiae sus-ombilicale. Perforation lenticulaire siégeant près du pylore, sur l'estomac, au-dessus de la petite courbure. Après nouvelle incision transversale, transformant en équerre l'incision primitive (la région de l'ulcus étant trop difficile à atteindre), on fait un double enfouissement rendu difficile par l'état calleux de la paroi gastrique autour de la perforation, et sur la largeur d'une pièce de cinq francs. Epiplooplastie. Fermeture complète sans drainage, le pus et le liquide gastrique étant restés localisés dans la région sus-ombilicale sans envahir la grande cavité abdominale.

Suites opératoires :

Les jours suivant l'opération, la température oscille autour de 37,8. Le huitième jour, ouverture d'un abcès superficiel. La fièvre descend rapidement et le malade quitte l'hôpital le trentième jour.

OBSERVATION XXVIII

D... T..., 51 ans. Le malade entre le 20 juin 1925 dans le service du Docteur Lapointe. Il est très affirmatif : pas de passé gastrique. Le malade avait appétit, mais buvait beaucoup. Ce n'est que huit jours avant la perforation qu'il ressentit quelques troubles légers. Brusquement, le 20 juin, à cinq heures du soir, quatre heures après son repas, le malade est pris d'une douleur qui devient rapidement extrêmement violente et est transporté à l'hôpital. A son arrivée, il pré-

sente une contracture de tout l'étage sus-ombilical, le ventre ne « respire » pas à ce niveau. Pas de défense, ni de douleurs dans l'étage sous-ombilical. On fait le diagnostic d'ulcus perforé.

Intervention.

Laparotomie sus-ombilicale. On trouve une perforation lenticulaire au niveau d'une zone indurée, sur l'étendue d'une pièce de deux francs, siégeant sur la partie antéro-supérieure du pylore. Enfouissement et plicature de l'estomac ; épiplooplastie sur la suture. Pas de drainage. Paroi en trois plans.

Suites opératoires : normales ; puis le malade reprend son appétit et quitte l'hôpital le 10 juin 1925.

Conclusions

1° Tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue de la technique et du pronostic il faut séparer les ulcères du canal duodéno-pylorique des ulcères perforés du corps de l'estomac et de la petite courbure, ces derniers semblant d'une gravité plus grande.

2° L'état anatomo-pathologique de la lésion est en rapport non point avec l'état aigu ou chronique de l'ulcère, c'est-à-dire avec son âge, mais bien avec le siège de la lésion.

3° La suture simple semble être l'intervention de choix dans les perforations gastro-duodénales en réalisant le traitement de la complication de l'ulcère perforé avec le minimum de traumatisme, le minimum de choc, le minimum de temps. Elle est donc conforme au principe classique qui doit guider dans toute intervention d'urgence.

4° Elle est applicable à la presque totalité des cas du fait de la forme anatomo-pathologique de l'ulcus perforé qui, sur le canal duodéno-pylorique, est en général peu induré et de petite dimension.

5° Elle est encore applicable dans trois quarts des cas de perforation du corps de l'estomac et de la petite courbure grâce à la plicature large de l'estomac.

6° Faite suivant les règles, elle n'expose pas à la déhiscence secondaire, ni par conséquent aux abcès sous-phréniques et à la péritonite tardive, plus que toute autre intervention.

7° Les troubles mécaniques sont extrêmement rares quoique le rétrécissement anatomique du pylore et du duodénum du fait de la suture soit d'une extrême fréquence. La plicature ne nuit en rien à la mécanique gastrique.

8° Les résultats précoces de la suture simple sont meilleurs que ceux de toute autre méthode. Les résultats tardifs peuvent se comparer sans désavantage avec ceux des autres méthodes.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

LECENE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.